WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD — GRUDZIEŃ

ROK VII 1936 NUMER 6

Prof. dr G. DOMAGK, Laboratorium naukowe I. G. Farbenindustrie w Elberfeldzie.

NOWA GRUPA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1935, nr 21).

Użyteczność środka odkażającego można najlepiej zbadać za pomocą doświadczeń porównawczych, polegających na stwierdzeniu, czy bakterie, poddane przez czas dostatecznie długi działaniu środka odkażającego, mogą się jeszcze na odpowiednich pożywkach rozwijać wzgl. wywołać u wrażliwych zwierząt swoistą chorobę. Wartość dezynfekcyjną Zephirolu zbadano początkowo za pomocą metody zawiesinowej. Doświadczenia przeprowadzono w ten sposób, że do 5 cm^3 wodnego rozcieńczonego Zephirolu dodawano przy ciepłocie około 18° po 5 kropel 24-godzinnej hodowli bulionowej różnych zarazków. Po pewnym ściśle określonym czasie pobierano z każdej próbówki z Zephirolem nieco badanego płynu i przenoszono go do bulionu mięsnego. Dla posiewu kontrolnego paciorkowców stosowano bulion mięsny z dodatkiem 1% surowicy, dla gonokoków — pewną specjalną pożywkę z bulionu cielęcego i płynu przesiękowego z jamy brzusznej, nadającą się doskonale dla hodowli badanego szczepu, dla laseczników błonicy — bulion glicerynowy. Poniższa tablica przedstawia rozcieńczenia Zephirolu, które wystarczały do uniemożliwienia następnie rozwoju zarazków w odpowiednich dla nich środowiskach. Działanie Zephirolu na wszystkie prawie zarazki chorobotwórcze występowało nawet w znacznych rozcieńczeniach już po kilku minutach. Po prawej stronie tablicy widzimy liczby odnoszące się do rozcieńczeń Zephirolu z dodatkiem 1% surowicy.

Bacterium coli	1 : 250 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 5'	1 : 250 — 1 : 500	po 2 1/2 — 5'
Lasecznik duru	1 : 250 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 5'	1 : 100 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 5'
Paratyfus B	1 : 500 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 5'	1 : 100 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 5'
Błonica	1 : 2500 — 1 : 5000	po 2 1/2 — 5'	1 : 500 — 1 : 10000	po 2 1/2 — 5'
Czerwonka	1 : 250 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 5'	1 : 250 — 1 : 500	po 2 1/2 — 10'
Gonokoki	1 : 2500 — 1 : 5000	po 2 1/2 — 5'	1 : 1000 — 1 : 10000	po 2 1/2 — 10'
Pneumokoki	1 : 500 — 1 : 2500	po 2 1/2 — 5'	1 : 250 — 1 : 1000	po 2 1/2 — 10'
Gronkowce	1 : 500 — 1 : 2500	po 2 1/2 — 5'	1 : 500 — 1 : 2500	po 2 1/2 — 5'
Paciorkowce	1 : 2500 — 1 : 10000	po 2 1/2 — 5'	1 : 1000 — 1 : 5000	po 2 1/2 — 5'
Laseczniki Banga	1 : 1000	po 2 1/2 — 5'		

Laseczniki wąglika ginęły pod wpływem Zephirolu zastosowanego w rozcieńczeniu 1 : 50 — 1 : 250 po $^1/_6$ — 5 godzin, po dodaniu 1% surowicy w hodowlach następujących po $^1/_4$ — 8 godzin.

W przypadkach stosowania bardzo złośliwych szczepów laseczników okrężnicy i gronkowców, świeżo wyhodowanych od chorych ludzi, należało czasami zastosować rozcieńczenia Zephirolu 1 : 200, aby osiągnąć w ciągu 1½ minuty taki sam wynik odkażający. Również jeżeli w 24 godziny po zaszczepieniu hodowli kontrolnej dokonywano jeszcze raz trzeciego posiewu, to przy stosowaniu podanych stężeń Zephirolu nie stwierdzano rozwoju bakteryj. Roztwór mydła krezolowego dawał w porównaniu do liczb przytoczonych na tabeli dotyczącej Zephirolu następujące wyniki:

Bacterium coli	1 : 100 — 1 : 250 po 2 $^1/_2$ — 15'
Lasecznik duru	1 : 50 — 1 : 250 po 2 $^1/_2$ — 10'
Paratyfus B	1 : 100 — 1 : 250 po 2 $^1/_2$ — 30'
Czerwonka	1 : 100 — 1 : 250 po 2 $^1/_2$ — 15'
Błonica	1 : 1000 — 1 : 5000 po 2 $^1/_2$ — 5'
Gonokoki	1 : 100 — 1 : 500 po 2 $^1/_2$ — 10'
Pneumokoki	1 : 500 — 1 : 1000 po 2 $^1/_2$ — 10'
Gronkowce	1 : 100 — 1 : 250 po 2 $^1/_2$ — 10'
Paciorkowce	1 : 100 — 1 : 250 po 2$^1/_2$ — 5'
Laseczniki Banga	1 : 1000 — 1 : 2500 po 2$^1/_2$ — 10'

We wszystkich tablicach podawano spośród wyników, jakie osiągano w licznych doświadczeniach, wartości najniższe. Z porównania tych tablic widzimy, że działanie odkażające Zephirolu znacznie przewyższa działanie roztworu mydła krezolowego. W dalszym szeregu doświadczeń z zawiesiną bakteryj zaszczepiano nie 5 kropel 24-godzinnej hodowli bulionowej, lecz 1 cm³ bardzo gęstej zawiesiny laseczników okrężnicy lub gronkowców (około 6 milionów bakteryj w 1 cm³); otóż okazało się, że nawet po umieszczeniu tej wielkiej ilości zarazków w Zephirolu rozcieńczonym 1 : 100 lub 1 : 200 wystarczało już działanie środka odkażającego w ciągu 5 minut, aby uniemożliwić rozwój zarazków w przeszczepianej hodowli.

Doświadczenia z odkażaniem zarazków chorobotwórczych, znajdujących się na różnych przedmiotach, dały następujące wyniki:

Kawałki jałowego płótna lnianego, gęsto zaszczepione hodowlami gronkowców lub laseczników durowych, umieszczano w roztworze Zephirolu 1 : 10 wzgl. 1 : 20. Po 2$^1/_2$ wzgl. po 5 minutach płótno wyjmowano z roztworu Zephirolu i przemywano starannie wodą wodociągową, aby możliwie zupełnie usunąć ślady Zephirolu. Następnie kawałki płótna umieszczano w świeżej pożywce bulionowej, lecz gronkowce ani laseczniki durowe nie rozmnażały się wcale, gdyż zostały poprzednio zupełnie zniszczone w roztworze Zephirolu. Na zarodniki wąglika, wysuszone na jedwabnej nitce, Zephirol działał w rozcieńczeniach 1 : 25 po 5 — 15 minutach.

W szeregu doświadczeń z hamowaniem rozwoju zarazków *Domagk* otrzymał następujące wyniki:

Bacterium coli	1 : 1000 — 1 : 2500
Laseczniki duru	1 : 2500
Paratyfus B	1 : 1000
Czerwonka	1 : 2500 — 1 : 5000
Błonica	1 : 50000
Zarodniki wąglika	1 : 10000
Gronkowce	1 : 25000 — 1 : 50000
Paciorkowce	1 : 50000 — 1 : 100000
Pneumokoki	1 : 50000 — 1 : 100000
Laseczniki Banga	1 : 2500

Zephirol posiada więc wybitne własności hamowania rozwoju zarazków, zwłaszcza w stosunku do ziarenkowców gramo-dodatnich, jak paciorkowce, gronkowce i pneumokoki. Również i w środowiskach zawierających znaczne ilości białka, np. w bulionie z dodatkiem 10% surowicy, działanie Zephirolu, hamujące rozwój zarazków, jest jeszcze bardzo wyraźne. Zephirol uniemożliwia rozwój laseczników błonicy i pneumokoków nawet w rozcieńczeniu 1:50000.

Na uwagę zasługują następnie doświadczenia z odkażaniem rąk za pomocą Zephirolu:

Odkażanie rąk przeprowadzano w sposób następujący: po zwykłym oczyszczeniu mechanicznym gorącą wodą i mydłem i starannym spłukaniu wodą, ręce myto w 1%-owym roztworze Zephirolu w ciągu 5 minut. Jeżeli potraktowane w ten sposób ręce — również i po spłukaniu jałową wodą lub roztworem soli kuchennej (V) dla usunięcia środka odkażającego — zanurzono do agaru, to płytki agarowe pozostawały jałowe i żadne bakterie na nich się nie rozwijały. Zephirol rąk nie drażni i nie czyni skóry szorstką. Jeżeliby u osób ze skórą bardzo wrażliwą Zephirol wywołał objawy podrażnienia, to *Domagk* zaleca, aby po umyciu Zephirolem wysuszyć skórę jałową chusteczką, dla uniknięcia wysychania Zephirolu bezpośrednio na skórze.

Przy stosowanym zwykle odkażaniu rąk za pomocą mycia w gorącej wodzie z mydłem oraz obmyciu alkoholem stwierdza się, że zmniejszenie ilości zarazków na rękach w krótki czas po odkażeniu alkoholem wynosi 99 — 100%. Podczas operacji jednakże ilość drobnoustrojów powoli ale stale znowu się zwiększa. Przy operacjach wykonywanych obecnie powszechnie w rękawiczkach gumowych, wytwarza się na rękach nadzwyczaj niebezpieczna wydzielina, zawierająca liczne bakterie.

Przewaga Zephirolu nad innymi dotychczas stosowanymi środkami odkażającymi polega nie tylko na wspomnianej już bezwonności, bezbarwności itd., lecz również na tym, że nawet ślady rozcieńczonych roztworów Zephirolu, utrzymujące się na rękawiczkach lub rękach mytych w Zephirolu, uniemożliwiają rozwój zarazków w niebezpiecznej wydzielinie wytwarzającej się w rękawiczkach podczas operacji. Wiadomo bowiem, że zwłaszcza w stosunku do gramo-dodatnich ziarenkowców, gronkowców i paciorkowców, Zephirol prze-

jawia szczególnie silne działanie bakteriobójcze. Na rękach, które odkażono Zephirolem i na które nałożono następnie rękawiczki gumowe, nie stwierdzono znaczniejszego powiększenia się ilości drobnoustrojów nawet po kilkogodzinnej pracy, natomiast na rękach odkażonych tylko alkoholem, zwiększenie się ilości bakteryj jest w tych warunkach bardzo znaczne. Jeżeli nie chcemy zrezygnować z odkażania rąk alkoholem, to wskazanem jest po dezynfekcji alkoholowej obmyć ręce Zephirolem; wystarcza wówczas krótkotrwałe zanurzenie rąk w Zephirolu.

W porównaniu więc ze środkami odkażającymi stosowanymi zwykle dla odkażania rąk, Zephirol posiada tę wielką zaletę, że nawet ślady preparatu, utrzymujące się na rękach lub rękawiczkach, uniemożliwiają rozwój bakteryj przenikających stopniowo podczas operacji z głębi skóry na jej powierzchnię. Poza tym Zephirol w stężeniach czynnych wcale nie drażni skóry. W stosunku do laseczników gruźlicy, zarodników wąglika i zgorzeli gazowej Zephirol w stężeniach odpowiednich do odkażania rąk zawodzi zupełnie tak samo, jak wszystkie inne znane dotychczas środki dezynfekcyjne.

CH. LENORMANT, G. MÉNÉGAUX i L. SECHEHAYE.

70 PRZYPADKÓW USYPIANIA DOŻYLNEGO.

(Referat według „Bulletin de l'Académie de Médecine". Posiedzenie 12.VI.1934).

Usypianie za pomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu-Natrium zasługuje na powszechną uwagę chirurgów ze względu na prostotę i łatwość stosowania, szybkość działania i głębokość uśpienia. Autorzy nie są zwolennikami stosowania Evipanu-Natrium tylko dla zapoczątkowania uśpienia, gdyż szybki, prawie natychmiastowy rozkład preparatu w ustroju sprawia, że ilość zastosowanego następnie środka usypiającego pozostaje prawie taka sama jak u osobników, którzy Evipanu nie otrzymali. Jesteśmy natomiast w stanie osiągnąć za pomocą powtarzania wstrzykiwań, korzystając wyłącznie z Evipanu-Natrium, uśpienie całkowite i dostatecznie długie dla wykonania wszelkich zwykłych zabiegów chirurgicznych. Uśpienie czysto evipanowe może trwać godzinę lub nawet dłużej. Pozostawiamy w tym celu igłę w żyle i stosujemy bezustanną kroplówkę dożylną z roztworu fizjologicznego; igła pozostaje cały czas drożna i co pewien czas wstrzykujemy nową niewielką dawkę Evipanu. W 50 przypadkach (na 70) autorzy na godzinę lub pół godziny przed zabiegiem wstrzykiwali morfinę lub pantopon. Wstrzyknięcie to czyni uśpienie głębszym i przedłuża czas jego trwania, poza tym łagodzi drżenie lub podniecenie występujące czasami podczas uśpienia. Wymioty zdarzają się wyjątkowo rzadko.

Dawkę początkową należy obliczać nie szematycznie według wzorów uwzględniających wiek, wagę, płeć i budowę „silną lub słabą“, lecz kierować się przede wszystkim zachowaniem się i reagowaniem chorego podczas wstrzykiwania. Wstrzykuje się bardzo wolno i zwraca się przy tym uwagę na dawkę, przy której chory traci przytomność (np. przestaje liczyć), a następnie na dawkę, przy której następuje opadnięcie szczęki. Porażenie mięśni żwaczy jest zawsze wyraźne i ujawnia się bardzo wcześnie. Ilość cm^3 wywołujących opadnięcie szczęki nazywamy dawką nasenną *(Holtermann* i *Anchütz);* dawka usypiająca, którą chcemy właśnie obliczyć, jest w przybliżeniu dwa razy większa niż dawka nasenna *(Holtermann).* Autorzy trzymali się bardzo ściśle tego przepisu i po opadnięciu szczęki wstrzykiwali jeszcze dawkę mniej więcej taką samą, jak ta, która to opadnięcie wywołała. U osobników silnych można nawet wstrzyknąć o 1 cm^3 więcej.

Przepis ten podlega ograniczeniom wtedy, gdy dawka nasenna przekracza 5 cm^3; w przypadkach takich autorzy nigdy nie stosowali podczas pierwszego wstrzykiwania więcej niż 10 cm^3. Często dawka wywołująca opadnięcie szczęki jest mniejsza. Bardzo duże znaczenie ma wolne tempo wstrzykiwania; szybkość wstrzykiwania do chwili osiągnięcia dawki nasennej powinna wynosić jedną minutę na jeden cm^3; następnie przy wstrzykiwaniu dawki uzupełniającej można już wstrzykiwać nieco prędzej, z szybkością 30 sekund na 1 cm^3. Autorzy są zdania, że pewna część zaburzeń opisywanych w piśmiennictwie, zależy przede wszystkim od zbyt szybkiego wstrzykiwania całkowitej dawki. Przy operacjach długotrwałych należy od czasu do czasu wstrzykiwanie wznawiać, ze względu na szybkie wydzielanie się środka usypiającego; nie jest to związane z żadnym niebezpieczeństwem; wskaźnikiem dla postępowania lekarza powinna tu być przede wszystkim dokładna obserwacja kliniczna. W pewnym przypadku autorzy dokonali podczas gastrektomii, która trwała godzinę i 20 minut, ogółem 9 wstrzykiwań; przy każdym takim uzupełniającym wstrzykiwaniu podaje się dożylnie 1 lub 2 cm^3. Chwila powtórnego wstrzykiwania bywa bardzo zmienna, zależnie od chorego. Należy się przy tym opierać na zwiastunach zbliżającego budzenia się; oznakami kończącego się uśpienia są: ruchy obronne, jęczenie, powrót odruchu rogówkowego, poprawa napięcia szczęki dolnej, ciężki i przyspieszony oddech, czasami skurcze brzuszne. Ukazanie się jednego z tych objawów jest wskazaniem do nowego wstrzyknięcia Evipanu. Dawka uzupełniająca, nawet wynosząca zaledwie 1 cm^3 daje wynik natychmiastowy, pod warunkiem, że budzenie się nie przekroczyło jeszcze pewnych granic.

Następnie autorzy wyliczają 70 operacyj wykonanych w uśpieniu evipanowym: 15 zabiegów ginekologicznych (torbiele jajnikowe, histerektomie, skrobania maciczne), 16 operacyj brzusznych (laparotomie próbne, gastro-enterostomie, gastrektomie, operacje zrostów, anastomozy, cholecystektomie, appendicektomie), 22 operacje na klatce piersiowej (amputacje piersi z wycięciem

gruczołów pachowych, torakoplastyka i torakotomie, pneumotomie, częściowa resekcja łopatki), 4 zabiegi na narządach płciowych u mężczyzn (prostatektomie, kastracje), 1 operacja przetoki odbytnicy, 6 zabiegów na głowie i na szyi (tyreoidektomia, nacięcie flegmony podszczękowej), 2 resekcje częściowe szczęki dolnej, 1 dekortikacja języka, 1 operacja gruczołu podszczękowego, 6 zabiegów na kończynach, (3 osteosyntezy, 1 arteriektomia, 1 amputacja uda, 1 skrobanie kości udowej w związku z zapaleniem szpiku kostnego). Na ogólną ilość 70 przypadków osiągnięto w 62 uśpienie doskonałe, w 4 dostateczne i jedynie w 4 przypadkach uśpienie zawiodło. W 2 przypadkach niepowodzenie zależało od błędu technicznego (przemieszczenie igły), inni dwaj chorzy byli odporni na działanie usypiające Evipanu-Natrium. Uśpienie wywołane jednym wstrzyknięciem trwa przeciętnie 15 — 16 minut; za pomocą powtarzania wstrzykiwań można jednak narkozę przedłużać ad libitum. Rodzaj uśpienia jest naogół bardzo dobry, natomiast zwiotczenie mięśni ściany brzusznej nie jest tak doskonałe jak przy znieczuleniu lędźwiowym. Sen jest spokojny i podobny do snu naturalnego; zawsze należy zwracać baczną uwagę na zachowanie się szczęki dolnej i podtrzymywać ją starannie. W większości przypadków stwierdza się nieznaczny spadek ciśnienia tętniczego, w 23 przypadkach (na 70) tętno przyspieszyło się umiarkowanie.

Autorzy nie obserwowali żadnych powikłań lub objawów ubocznych, które można by było przypisać działaniu środka usypiającego. Obudzenie się jest zupełnie spokojne, u wielu operowanych narkoza przechodziła niepostrzeżenie w zwykły głęboki sen. W okresie pooperacyjnym pacjenci uśpieni Evipanem-Natrium wymagają stosunkowo najmniejszej opieki. Chorzy,którzy już byli poprzednio operowani w uśpieniu inną metodą, byli z Evipanu-Natrium nadzwyczaj zadowoleni, wyrażali się o usypianiu dożylnym z największym uznaniem i w razie potrzeby dokonania jeszcze dalszych zabiegów prosili o uśpienie ich Evipanem.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosku, że usypianie dożylne za pomocą Evipanu-Natrium zasługuje na powszechną uwagę chirurgów. Odpowiednie stosowanie preparatu (powtarzanie wstrzykiwań) umożliwia osiągnięcie całkowitego i długotrwałego uśpienia bez dodatku innego środka usypiającego. Evipan-Natrium nie może jednak zastąpić wszelkich innych środków narkotycznych, np. w chirurgii brzusznej, w której nie daje tak doskonałego spokoju brzusznego jak znieczulenie lędźwiowe. Głównym przeciwwskazaniem do stosowania Evipanu-Natrium jest niedomoga wątroby.

Dr F. S. RUHLAND, Schwindegg (Górna Bawaria).

EVIPAN-NATRIUM W POSTACI LEWATYWY W PRAKTYCE POŁOŻNICZEJ.

(Ther. Ber. 1936, nr 5).

Bolesne skurcze porodowe oraz obawa przed nieznanym wynikiem porodu zwykle bardzo osłabiają i niepokoją rodzące. Dla szybkiego i gładkiego przebiegu porodu bardzo duże znaczenie ma uspokojenie pacjentki. Idealny środek uspokajający i uśmierzający bóle, który by się nadawał do stosowania podczas porodu, powinien uwzględniać następujące wymagania:

1. Łatwość stosowania.
2. Utrzymywanie się działania w ciągu kilku godzin.
3. Możliwie schematyczny sposób dawkowania.
4. Nieszkodliwość dla matki i dziecka.

Na podstawie mojego doświadczenia, opartego dotychczas na obserwacji 15 przypadków, uważam, że podawanie Evipanu-Natrium w postaci lewatywek odpowiada w zupełności wszystkim powyższym warunkom.

Gdy dowiedziałem się przypadkowo, że stosowanie Evipanu-Natrium w lewatywach oddaje bardzo cenne usługi podczas prowadzenia porodu, chętnie zdecydowałem się na wypróbowanie tego środka dla zdobycia własnego doświadczenia.

Pierwszy spostrzegany przeze mnie przypadek dotyczy pierwiastki znajdującej się w stanie znacznego wyniszczenia ogólnego (waga około 50 kg). Po uprzedniej lewatywie oczyszczającej zastosowałem w okresie wydalania per rectum 1 g Evipanu-Natrium rozpuszczony w 30 — 50 cm^3 wody. Mniej więcej po upływie 10 — 15 minut pacjentka zapadła jakby w pewien stan odurzenia, świadomość pozostała jednak zachowana i rodząca mogła odpowiadać na pytania. Czynność porodowa nie zmieniła się wcale ani pod względem częstości ani natężenia skurczów. Wystąpienie bólu przejawiało się lekkim niepokojem, na szczycie bólu rodząca przez krótką chwilę jęczała, a następnie natychmiast uspokajała się zupełnie. Przebieg porodu był gładki, żadnych zaburzeń w krążeniu płodowym nie stwierdzono. Mniej więcej po 3 — 4 godzinach stan zamroczenia przeminął i położnica z radością omawiała skuteczne złagodzenie cierpień porodowych, jakie odczuła dzięki zastosowaniu Evipanu.

Zachęcony pomyślnymi wynikami osiągniętymi w tym przypadku, zastosowałem Evipan, jak dotąd, jeszcze w 14 dalszych przypadkach. Podawałem go w takim samym stężeniu w lewatywie. Przebieg porodów był we wszystkich przypadkach bardzo pomyślny, bez powikłań, które by można było uzależnić od Evipanu. Osiągnięte znieczulenie było indywidualnie zmienne.

U jednej kobiety znieczulenie było nawet tak znaczne, że bez dodatkowego uśpienia założyłem kleszcze i zakończyłem poród, przy czym pacjentka nie skarżyła się wcale na bolesność zabiegu. Wszystkie kobiety zatrzymywały wlewkę zadziwiająco dobrze. W przypadkach, w których główka usadowiła się już głęboko w miednicy, uda się może osiągnąć jeszcze pewniejsze działanie przez podanie roztworu Evipanu-Natrium za pomocą cewnika *Nelatona* powyżej główki dziecka.

Na podstawie więc mego dotychczasowego materiału obserwacyjnego, opartego na 15 przypadkach stosowania Evipanu-Natrium w lewatywach w praktyce położniczej, uważam tę metodę za zupełnie nieszkodliwy i jednocześnie pewny sposób uspokajania podnieconych kobiet.

Na szczególną uwagę zasługuje długi czas działania Evipanu (3 — 4 godziny) i zupełnie dostateczne znieczulenie przy zachowanej zasadniczo świadomości oraz stosunkowo bardzo łatwy sposób stosowania w postaci zwykłej lewatywy.

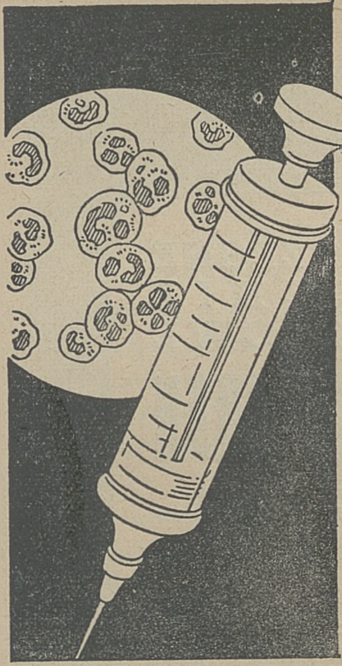
Przeprowadzanie dalszych badań nad stosowaniem Evipanu-Natrium per rectum podczas porodu uważam bezwarunkowo za polecenia godne.

Dr E. WIECHMANN, Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Magdeburgu.

WYDZIELANIE KWASU SOLNEGO U CHORYCH NA CUKRZYCĘ.

(Referat według Deutsche Medizinische Wochenschrift nr 19, 1935).

Przeprowadzając swe pierwsze badania nad wpływem insuliny na czynność żołądka, *E. Wiechmann* zauważył, że wśród trzech zbadanych chorych cukrzycowych dwaj cierpieli na zupełną bezsoczność a jeden na niedokwaśność. W związku z tym autor przeprowadził wspólnie z *Elzasem* dalszy szereg badań, wykonanych na 25 diabetykach. Kwasotę soku żołądkowego obliczano metodą frakcjonowaną *Katscha* i *Kalka* (po próbnym śniadaniu alkoholowym), przy czym stwierdzono niedokwaśność lub bezkwaśność w 45% przypadków. Spostrzeżenia powyższe okazały się zresztą zupełnie zgodne z wynikami otrzymanymi przez innych autorów, jak np. *Katscha, Bogdatjana* i *Ostrowidowa, Kleina* i innych. Jednakże te wstępne badania były niedostatecznie przekonywujące zarówno ze względu na małą liczbę jak i na okoliczność, że nie zastosowano histaminy dla wyjaśnienia, czy mogłaby ona zwiększyć wydzielanie kwasu. *Wiechmann* kontynuował więc w dalszym ciągu swe badania i tym razem opiera się na wielkim materiale klinicznym, obejmującym 124 chorych cukrzycowych. Zupełny brak kwasu solnego stwierdzono u 31 chorych (25%), niedokwaśność zaś u 18 (15%). Brak kwasu rozpoznawano w przypadkach, w których sok żołądkowy nie zmieniał barwy czerwonej pa-



Trypaflavin

silne działanie bakteriobójcze, doskonała zdolność dyfuzji.

Dożylnie: przy wszystkich schorzeniach septycznych, jak Endocarditis, Meningitis, Encephalitis, Sepsis puerperalis; jako środek pomocniczy przy leczeniu rzeżączki.

Miejscowo: jako środek odkażający przy ranach, pasożytniczych chorobach skóry i rzeżączce.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Proszek do przygotowania roztworów



PROTARGOL

wypróbowany od **30 lat**

standardowy preparat dla leczenia wszystkich postaci ostrej i przewlekłej rzeżączki!

Żadna namiastka ani żaden preparat zastępczy nie dorównają oryginalnemu **PROTARGOLOWI** pod względem działania i tolerancji. **PROTARGOL-GRANULAT** o zawartości 33 1/3% Protargolu ułatwia przygotowanie odręczne świeżych roztworów.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Protargol w słoikach po 10, 25, 50 i 100 g
Protargol-Granulat w słoikach po 30, 75 i 300 g

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

pieru Kongo na niebieską; niedokwaśność rozpoznawano u tych chorych, którzy dla zobojętnienia soku żołądkowego przy miareczkowaniu $^1/_{10}$-n ługiem sodowym potrzebowali mniej niż 30 cm^3 ługu. Wyniki te są ponadto jeszcze bardziej przekonywujące również i z tego względu, że na 23 chorych z bezsocznością 16 było odpornych na działanie histaminy, co dowodzi, że u tych diabetyków zdolność wytwarzania kwasu solnego zginęła bezpowrotnie.

Częstość bezkwaśności była u kobiet chorych na cukrzycę nieco mniejsza (22%) niż u cukrzycowych mężczyzn (29%). Poza tym autor stwierdził, że z wiekiem odsetek przypadków niedostatecznego wydzielania kwasu solnego stopniowo się zwiększa. Faktu tego nie można jednak wytłumaczyć szczególnym wpływem samego starzenia się ustroju na wydzielanie żołądkowe chorych cukrzycowych. Nie stwierdzono również wyraźnego związku między typem wydzielania i czasem trwania choroby. Zgłębnikowanie frakcjonowane wykonane kilkakrotnie w dłuższych odstępach czasu u 12 diabetyków wykazało, że wydzielanie żołądkowe nigdy nie okazuje skłonności do poprawy, lecz wprost przeciwnie, z biegiem czasu sprawa raczej się pogarsza.

Na 124 diabetyków 23 skarżyło się na dolegliwości podmiotowe ze strony żołądka i kiszek, przy czym, rzecz godna uwagi, zaburzenia te występowały przeważnie u chorych z prawidłową kwasotą żołądkową.

Krzywa kwasoty obserwowana u tych chorych nie posiada żadnych cech typowych. Jest ona prawidłowa, albo w postaci schodków albo też opóźniona.

Przyczyny tej anomalii wydzielania żołądkowego u diabetyków należy poszukiwać w całym szeregu czynników patologicznych, a przede wszystkim w stwierdzonym wielokrotnie fakcie, że stosowanie insuliny wzmaga wydzielanie kwasu, podczas gdy brakowi insuliny towarzyszy przeważnie bezkwaśność lub niedokwaśność. Możliwe również, że ważną rolę w powstawaniu niedomogi wydzielniczej żołądka odgrywa nieżyt żołądka, powstający w związku ze spożywaniem znacznych ilości pożywienia, brakami uzębienia, ropotokiem zębodołowym, niedostateczną ilością śliny itd.; wszystkie te czynniki nadmiernie obciążają żołądek i mogą osłabić jego zdolności wydzielnicze. Ponadto chorzy cukrzycowi cierpią na zaburzenia mineralnej przemiany materii, a zwłaszcza przemiany chlorowej: zawartość chloru w osoczu diabetyków jest mniejsza niż u ludzi zdrowych, co ogranicza do pewnego stopnia ilość chloru dostarczaną gruczołom żołądkowym i niezbędną dla wytwarzania dostatecznej kwasoty soku żołądkowego. U chorych cukrzycowych, badanych przez autora, tego zaburzenia przemiany chlorowej jednakże nie stwierdzono.

Poza tym jest jeszcze możliwe, że wchodzi tu w rachubę schorzenie dróg żółciowych, często towarzyszące cukrzycy i wywołujące według *Kalka* mniejszą lub większą niedomogę wydzielniczą żołądka w 41,4% przypadków. Współistnienie cukrzycy i cholecystopatii tłumaczy się faktem, że zakażenie dróg żółciowych pociąga za sobą zapalenie trzustki i wywołuje w związku z tym śródmiąższowe zapalenie trzustki.

Z praktycznego punktu widzenia należy tu zaznaczyć, że omawiane zmiany wydzielania żołądkowego wpływają ujemnie na przemianę węglowodanową. Po spożyciu cukru podnosi się krzywa glikemii w przypadkach bezkwaśności wyżej niż u chorych z kwasotą prawidłową lub powiększoną. Wydaje się wobec tego wskazane, aby u wszystkich chorych cukrzycowych badać chemizm żołądkowy i w razie potrzeby przeprowadzać odpowiednie leczenie substytucyjne; wskazane tu są przede wszystkim kwas solny, jako środek najskuteczniej pobudzający wydzielanie trzustkowe, oraz preparaty trzustkowe.

Doc. dr R. SPIEGLER. Klinika Ginekologiczna Uniwersytetu w Frankfurcie n. M.

UPŁAWY I ICH LECZENIE.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1933, nr 40).

Upławy mogą występować przy najróżnorodniejszych chorobach. Natężenie ich bywa bardzo zmienne. Upławy sprawiają nierzadko pacjentkom bardzo przykre dolegliwości, wywołują pryszczycę okolicy sromu, stają się przyczyną niedokrwistości i doprowadzają do znacznej nerwowości. Upławy bywają białe, żółte lub czerwonawe. Upławy białe składają się z śluzu, nielicznych leukocytów i zawierają stosunkowo niewiele bakteryj, czystość ich odpowiada stopniowi III. Upławy białe są charakterystyczne dla nadmiernego wydzielania narządów płciowych na podłożu niezapalnym; przyczyną tych upławów bywa często silniejsze ukrwienie narządów płciowych, występujące nierzadko podczas ciąży lub przy zastojach żylnych związanych z obecnością guzów itp. Silniejsze wydzielanie jest często również wynikiem przerostu błony śluzowej macicy. Tym się tłumaczą upławy przy mięśniakach, metropatiach itp. Jednakże również i prawidłowa miesiączkowa przemiana błony śluzowej przebiega z hiperplazją i wzmożeniem wydzielania (okres wydzielniczy) i dlatego upławy stanowią często wstęp do mającego wystąpić miesiączkowania nawet przy zupełnie zdrowych poza tym narządach płciowych. Upławy mogą przedstawiać również i zakończenie okresu miesiączkowego; trwają one wówczas zwykle tylko kilka dni i są wynikiem surowiczego wysięku po ustąpieniu przekrwienia w błonie śluzowej macicy. Również i cały szereg zaburzeń konstytucjonalnych przebiega bardzo często z upławami białymi, jak np. astenia ogólna wrodzona, niedorozwój asteniczny, różne choroby przemiany materii, zaburzenia hormonalne i wydzielania wewnętrznego, nadczynność tarczycy, otyłość tarczycowo- lub przysadkowopochodna, niedokrwistość, gruźlica pozapłciowa i wreszcie wzruszenia psychiczno-erotyczne.

Upławy żółte składają się głównie z leukocytów oraz mieszaniny różnych drobnoustrojów. Upławy te towarzyszą przeważnie zmianom zapalnym w sro-

mie, pochwie, szyjce, macicy i przydatkach. Przyczyną tych zmian zapalnych mogą być wszelkie mechaniczne, chemiczne lub termiczne czynniki drażniące, następnie drażniące ciała obce (pessaria, prezerwatywy, gąbeczki, różne środki zapobiegawcze i ochronne, zbyt częste przepłukiwania), nadżerki, polipy, mięśniaki, guzy narządu płciowego, wreszcie rzeżączka, błonica, pleśniawki, gruźlica itd. Szczególnie wielką rolę etiologiczną odgrywa również zakażenie pochwy trychomonadami.

Stosunkowo najtrudniejszą do leczenia jest pierwsza odmiana upławów, tak zwane upławy białe, gdyż tu wykrycie uchwytnej przyczyny zaburzeń chorobowych udaje się jedynie w wyjątkowych przypadkach.

Prawidłowy kwaśny odczyn, panujący w pochwie, zależy przede wszystkim od obecności kwasu mlecznego. Jeżeli biologiczne odżywianie nabłonków pochwowych ulega z jakichkolwiek powodów zaburzeniom, wówczas warunki życia laseczników pochwowych pogarszają się, wytwarzanie kwasu mlecznego zmniejsza się, natomiast możliwość rozmnażania się obcych zarazków chorobotwórczych staje się znacznie łatwiejszą. O upławach nieswoistych można mówić jedynie w przypadkach, w których dokładne badanie zarówno kliniczne jak i laboratoryjne wyłącza wszelką możliwość miejscowego pochodzenia upławów. W przypadkach, w których udaje się nam wykryć właściwą przyczynę upławów, leczenie nie natrafia zwykle na żadne poważniejsze trudności. Nowy preparat dla leczenia upławów pochwowych, Devegan, sprowadza wyleczenie nawet w tych przypadkach, w których inne środki zawodziły. Tabletki Deveganu wywierają nadzwyczaj silne działanie biologiczne, które zawdzięczają swym trzem czynnym składnikom leczniczym: kwasowi bornemu, rozpuszczalnym węglowodanom i wreszcie arsenowi w postaci kwasu 4-oksy, 3-acetylo-amino-fenyloarsenowego.

Po oczyszczeniu pochwy z większych zanieczyszczeń wprowadza się w pierwszym tygodniu codziennie po 2 tabletki i wkłada ponadto tampon z suchej waty, aby nie dopuścić do wypadnięcia tabletek. Wata ta jest oczywiście niepotrzebna, jeżeli pacjentki wprowadzają tabletki wieczorem i przebywają następnie w spokoju. W drugim tygodniu zmniejszamy dawkę do jednej tabletki dziennie. W trzecim tygodniu upławy zmniejszają się przeważnie już do tego stopnia, że leczenie stosuje się jedynie zapobiegawczo 2 — 3 razy w tygodniu. Przepłukiwania oczyszczające są przy stosowaniu Deveganu zupełnie niepotrzebne.

Przy przeprowadzaniu kuracji Deveganem nie wolno oczywiście zaniedbywać leczenia ogólnego; jeżeli jednak wskazanem jest leczenie miejscowe, to najodpowiedniejszym preparatem są niewątpliwie zawsze tabletki Deveganu. W licznych przypadkach osiągnięto szybko zupełne wyleczenie i ustąpienie wszelkich dolegliwości związanych z upławami. Nawet w przypadkach upławów bardzo obfitych Devegan najwyżej w ciągu 14 dni sprowadzał znaczną poprawę lub wyleczenie.

Tabletki Deveganu są wskazane we wszystkich przypadkach upławów, w których doszło do biologicznego uszkodzenia ściany pochwy, gdyż Devegan wykazuje pomyślny wpływ na fizjologiczną przemianę materii w komórkach pochwy. Dotychczasowe spostrzeżenia autora dotyczą przeszło 100 pacjentek cierpiących na upławy; wyniki leczenia Deveganem były bardzo pomyślne, gdyż już w bardzo krótkim czasie stwierdzono przeważnie zupełne ustąpienie objawów. Upławy zmniejszały się coraz bardziej i szybko znikały bez śladu, mieszana flora bakteryjna ustępowała stopniowo na plan dalszy i prawidłowe laseczniki pochwowe odzyskiwały swe panowanie.

Prof. dr EMILIO RIVAS CABALLO, Klinika Dermatologiczna, Madryd.

W SPRAWIE LECZENIA BODŹCOWEGO.

(Referat według Rev. de Inform. Terap. 1934, nr 4).

Autor omawia wyniki leczenia zakaźnych chorób skórnych za pomocą wstrzykiwań Omnadiny. Najlepiej reagują na Omnadinę te schorzenia, które przebiegają z mniejszą lub większą gorączką i w których stan ogólny pogarsza się wyraźnie; takimi chorobami są przede wszystkim róża i czyraki. Jako przykłady pomyślnego leczniczego działania Omnadiny autor przytacza w streszczeniu kilka historyj chorób:

1. A. P. L., lat 46, ślusarz, gorączka 40,5°, od 4 dni obrzęk twarzy. W moczu 0,6% cukru. Leczenie insuliną, ponadto 40 cm³ surowicy paciorkowcowej i 2 cm³ Omnadiny. Po 16 godzinach zupełna zmiana obrazu choroby: gorączka opada, obrzęk, który przez pierwsze 4 dni stale się zwiększał, umiejscawia się i nie zwiększa swego natężenia. Następnego dnia chory otrzymuje znowu 2 cm³ Omnadiny oraz nadal insulinę, po 24 godzinach tylko insulina i po 48 godzinach insulina i Omnadina. Szybka poprawa i wyleczenie róży.
2. B. R., lat 34, urzędnik. Od 2 dni róża na nosie, czole i w okolicy prawego oka. 39,8°, bóle w stawach, bóle głowy, wymioty. Po 2 cm³ Omnadiny poprawa i wyleczenie.
3. 7-dniowy noworodek, róża pępka. 39,6°. 0,5 cm³ Omnadiny podskórnie, po 12 godzinach 40,5°, poczem spadek do 37,4°. Dziecko śpi spokojnie. Obrzęk skóry, który doszedł już do moszny, zaczyna się zmniejszać. Dziecko ssie lepiej, płacze o wiele mniej. Po 48 godzinach powtórne wstrzyknięcie Omnadiny. Szybkie wyleczenie.
4. D. P. A., chora lat 52, oraz dwaj chorzy z częstymi nawrotami róży również szybko poprawili się dzięki zastosowaniu Omnadiny; w ciągu czasu obserwacji chorzy nawrotów nie mieli, podczas gdy dawniej jeden z nich w ciągu 6 miesięcy chorował na różę 6 razy.

Autor stosował Omnadinę również dla leczenia ciężkich czyraków. Jeżeli czyraki powstawały na podłożu cukrzycy, stosowano jednocześnie insulinę. W niektórych przypadkach, w których zawartość cukru we krwi nie była zbyt wielka, autor osiągał znakomite wyniki za pomocą wyciągów wątrobowych (Campolon). Nie wolno jednak przy tym zapominać o Omnadinie; często wystarczają już 2 cm³ Omnadiny, aby w przebiegu choroby nastąpił wyraźny zwrot ku poprawie.

SELVORAL — NOWY PREPARAT WAPNIOWY DO STOSOWANIA DOUSTNEGO.

(Streszczenie zbiorowe).

Liczne badania farmakologiczne i spostrzeżenia kliniczne wykazały wielkie znaczenie wapnia dla ustroju ludzkiego. Przy stosowaniu wapnia dla celów leczniczych możemy go wykorzystać dla 4 różnych wskazań:

Jony wapnia i potasu warunkują napięcie wegetatywnego układu nerwowego; zachowanie się tych jonów w ustroju wykazuje podobny antagonizm jak zachowanie się układu współczulnego i parasympatycznego. Wapń pobudza mianowicie nerw współczulny, potas zaś układ parasympatyczny. Podawanie wapnia wywiera wobec tego swoiste działanie lecznicze przy tych wszystkich objawach chorobowych, które obejmujemy ogólnym określeniem klinicznym alergii, gdyż podłożem tych zaburzeń chorobowych jest przede wszystkim wzmożenie napięcia nerwu błędnego, czyli przewaga jonów potasowych nad jonami wapniowymi.

Następnie podawanie wapnia umożliwia wyrównanie zaburzeń powstających wskutek nadmiernej pobudliwości układu wegetatywnego w związku z niedoborem wapnia w ustroju. Typowymi przykładami takich zaburzeń są tężyczka i objawy tężyczkowe.

Wapń wpływa ponadto na przepuszczalność naczyń włosowatych i powierzchni komórkowych i wywiera dzięki temu energiczne działanie przeciwzapalne i przeciwwysiękowe. Równie niezbędnym jest wapń jako zasadniczy i najważniejszy składnik rusztowania kostnego.

Wapń zgęszcza wreszcie ściany naczyń krwionośnych, przyjmuje udział w wytwarzaniu włóknika i przyspiesza krzepnięcie krwi, dzięki czemu odgrywa ważną rolę przy tamowaniu wszelkich krwawień.

Preparatem jednoczącym w sobie wszystkie powyżej wyliczone własności wapnia jest Selvoral. W porównaniu z innymi preparatami wapniowymi Selvoral wyróżnia się znaczną zawartością wapnia, doskonałą tolerancją i prawie zupełnym brakiem smaku. Selvoral wchłania się szybko i zatrzymuje się w ustroju. Selvoral odpowiada wszystkim wymaganiom, jakie należy stawiać doskonałemu preparatowi wapniowemu. Z chemicznego punktu widzenia jest to sól wapniowa kwasu glukoheksocytrynowego. Selvoral rozpuszcza się w wodzie bardzo łatwo. Zawartość wapnia wynosi 8,5%.

Badania farmakologiczne wykonane na psach wykazały, że ilościowe wchłanianie Selvoralu w kiszkach jest doskonałe. Psom podawano 5 g Selvoralu (= 0,425 g Ca) zmieszane z nie wchłaniającym się barwnikiem. Selvoral przenikał aż do kiszek cienkich, analizy zaś z poszczególnych odcinków kiszek wykazały, że praktycznie biorąc, całkowita ilość wapnia ulega rezorbcji.

Szybkość wchłaniania Selvoralu badano na królikach zapomocą określania poziomu wapnia we krwi. Zwierzę otrzymało ogółem przez zgłębnik 5,6 Selvoralu (= 0,476 g Ca).

Zawartość wapnia we krwi przed podaniem Selvoralu wynosiła		12,6 mg % Ca
	1 godzinę po podaniu Selvoralu	16,6 mg % Ca
	2 godziny „ „ „	16 mg % Ca
	3 „ „ „ „	13,6 mg % Ca
	6 godzin „ „ „	12,6 mg % Ca

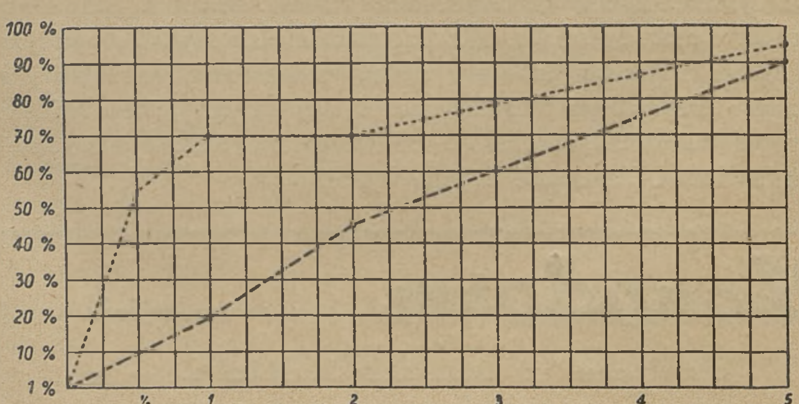
Najsilniejsze wchłanianie występuje więc w godzinę po podaniu preparatu.

Badania porównawcze na świnkach morskich, którym podawano po 100 mg wapnia pod postacią chlorku wapnia i Selvoralu wykazały, że wchłanianie Selvoralu, zwłaszcza w ciągu pierwszej godziny, odbywa się nadzwyczaj szybko. Wyniki wchłaniania widoczne są na poniższych krzywych.

W podanych odstępach czasu zwierzęta zabijano i określano chemicznie zawartość wapnia w żołądku i kiszkach. Odsetki wchłoniętego wapnia uwidoczniają znacznie większą szybkość wchłaniania Selvoralu niż wchłaniania chlorku wapnia.

Zatrzymanie wapnia w ustroju ma zasadnicze znaczenie dla wyników naszego postępowania leczniczego. Przekonywujące doświadczenie, dotyczące zatrzymania wapnia w ustroju, wykonano na psie. Ilość wapnia wydalanego w moczu i w kale obliczano codziennie. W ciągu 3-tygodniowej obserwacji zwierzę trzymano na ściśle określonej diecie standardowej, tak że pies wydalał codziennie przeciętnie 0,691 g wapnia w kale i 0,028 g w moczu. Po takim nastawieniu pies otrzymywał w ciągu tygodnia codziennie po 5 g Selvoralu (= 0,425 g wapnia). W czasie tym ilość wapnia w kale podniosła się do 0,77 g i w moczu do 0,037 g. Czyli licząc okrągło, pies wydzielił zaledwie 1/4 przyjmowanego wapnia. Wynik ten jest nadzwyczaj pomyślny, jeżeli uwzględnić, że przy podawaniu chlorku wapnia wszystek sztucznie dostarczony wapń wydziela się całkowicie z ustroju już po 2 dniach.

Zarówno w ostrych jak i przewlekłych doświadczeniach stwierdzono następnie, że miejscowa tolerancja Selvoralu jest doskonała i że nie wywołuje on żadnych zaburzeń pokarmowych. Selvoral wyróżnia się więc dobrą tolerancją, wchłania się szybko i zatrzymuje w ustroju w dostatecznej ilości.



W lecznictwie praktycznym Selvoral oddaje cenne usługi przy wszystkich chorobach, przy których wskazane jest stosowanie wapnia. Tak np. przy chorobach pochodzenia wagotonicznego i alergicznego osiągano szybką poprawę i wyleczenie. Na pryszczycę alergiczną, objawy pokrzywkowe po wstrzykiwaniach surowicy i biegunki alergiczne Selvoral wywierał tak pomyślny wpływ leczniczy, że wszelkie zaburzenia chorobowe ustępowały częstokroć już w ciągu 24 godzin. Z bardzo pomyślnymi wynikami stosowano Selvoral przy dychawicy oskrzelowej i innych stanach astmatycznych. Przy chorobie Basedowa stwierdzono pod wpływem Selvoralu znaczną poprawę objawów nerwowych, jak np. obawy przestrzeni itp. Przy swędzeniu Selvoral szybko łagodził przykre dolegliwości skórne.

Następnie Selvoral tamował zwykle w ciągu kilku godzin krwawienia ginekologiczne. Przy chorobie Werlhofa wybroczyny skórne i krwioplucie ustępowały już po krótkim czasie.

Również przy leczeniu krzywicy, spazmofilii i tężyczki Selvoral wpływał dodatnio na przebieg choroby. Dzieci krzywicze rozwijały się dobrze. W przypadkach zmian krzywiczych w kościach czaszki stwierdzono szybsze twardnienie potylicy. Przy zapaleniu płuc Selvoral sprowadza wyraźną poprawę stanu miejscowego i samopoczucia chorych.

Liczne badania zawartości wapnia we krwi, dokonane u pacjentów leczonych Selvoralem, wykazały, że poziom wapnia we krwi podnosi się przeciętnie o 2 — 3 mg %. Podniesienie to przemija zwykle po 24 godzinach. Również i przy długotrwałym leczeniu Selvoralem nie stwierdzono nieprawidłowego podniesienia się poziomu wapnia we krwi, który by mógł doprowadzić do niepożądanych objawów ubocznych, lecz zawsze obserwowano jedynie normalizację gospodarki wapniowej.

Na szczególną uwagę zasługuje nadzwyczaj dobra tolerancja preparatu i zupełny brak smaku, sprawiające, że pacjenci przyjmujący Selvoral w wodzie, nie uświadamiają sobie prawie, że zażywają jakiekolwiek lekarstwo. W przeciwieństwie do innych preparatów wapniowych Selvoral nawet przy dłuższym zażywaniu nie wywołuje zaparcia.

Zakres wskazań do stosowania Selvoralu obejmuje następujące stany chorobowe:

Choroby z niedoboru wapnia: krzywica, tężyczka, spazmofilia, złe gojenie się złamań, pseudoartrozy, sprue, choroby wskutek niedoboru wapnia podczas ciąży i w okresie karmienia oraz zapobieganie tym chorobom.

Zaburzenia wegetatywne (anafilaksja): astma oskrzelowa, katar sienny, wysypki posurowicze i polekarstwowe, pokrzywka, zaburzenia po naświetlaniach rentgenowskich.

Choroby zapalne i wysiękowe: zapalenie płuc, nieżyt oskrzeli, stany zapalne w miednicy małej, zapalne choroby oczu, skaza wysiękowa, gruźlica.

Dermatozy: pryszczyca, łuszczyca, swędzenie.

Krwawienia: krwawienia płucne, ginekologiczne, kiszkowe, pęcherzowe, hemofilja, również zapobiegawczo przed operacjami.

Dawkowanie: dorośli 2 — 3 razy dziennie po pełnej łyżeczce od herbaty, dzieci 2 — 3 razy dziennie po skąpej łyżeczce od herbaty. Dawkę można w razie potrzeby bez żadnych zastrzeżeń powiększyć. Najlepiej przyjmować Selvoral w wodzie.

Dr H. HRUSZEK, Tybinga.

W SPRAWIE ZAKAŹNEGO CHARAKTERU I ROZPOZNAWANIA CHORÓB SKÓRNYCH O CECHACH OPRYSZCZKI.

(Referat według Ztrbl. Bakt. I. 1933, tom 128, 129; 1934, tom 131; Z. f. exp. Med. 1934, tom 93; Derm. Ztschr. 1934, tom 68; Schweiz. med. Wo. 1933 nr 39; Derm. Wo. 1934 tom 98).

Określenie „herpes", „herpetiformis" itp. stosuje się dla scharakteryzowania chorób skórnych najróżnorodniejszej etiologii; ta terminologia lekarska, oparta na cechach wyłącznie zewnętrznych, tłumaczy się faktem, że nasze wiadomości o pochodzeniu chorób opryszczkowych są ciągle jeszcze bardzo skąpe i niepewne. Oprócz opryszczki pospolitej (Herpes simplex) odróżniamy półpasiec (Herpes zoster) i cały szereg „opryszczkowych" chorób skórnych, które jednak z opryszczką właściwą posiadają jedynie pewne podobieństwo kliniczne. Z biegiem czasu stwierdzono, że pęcherzykowe wykwity skórne, stanowiące zasadniczy i charakterystyczny składnik omawianych tu zmian skórnych, mogą zależeć od różnych czynników szkodliwych. Herpes simplex z jego licznymi odmianami miejscowymi (Herpes labialis, genitalis itd.), Herpes zoster, Impetigo herpetiformis, Herpes gestationis itd. — oto kilka przykładów chorób opryszczkowych, opisywanych nawet jako samodzielne jednostki chorobowe. Jedynie obraz kliniczny przedstawia tu mniejsze lub większe podobieństwo, podczas gdy etiologia (częściowo znana, częściowo nieznana) jest przeważnie odmienna.

Opryszczka pospolita jest właściwie cierpieniem zakaźnym; pierwszy wykazał to *Grüter* (1912), przeszczepiając z powodzeniem zawartość pęcherzyka na skaryfikowaną rogówkę królika. Spostrzeżenia *Grütera* potwierdził następnie cały szereg autorów w coraz to dokładniejszych badaniach doświadczalnych. Przeszczepienie udaje się najlepiej, jeżeli płyn z pęcherzyka opryszczki umieścić na lekko skaryfikowanej rogówce. Jednakże zarazek opryszczki przeszczepiano z dodatnimi wynikami również innymi sposobami (podskórnie, dożylnie, domózgowo itd.) i innym zwierzętom (np. świnkom morskim). Przy przeszczepianiu na rogówkę królika okres wylęgania trwa przeciętnie 24 godziny; dodatni wynik szczepienia polega na tym, że wytwarza się mniej

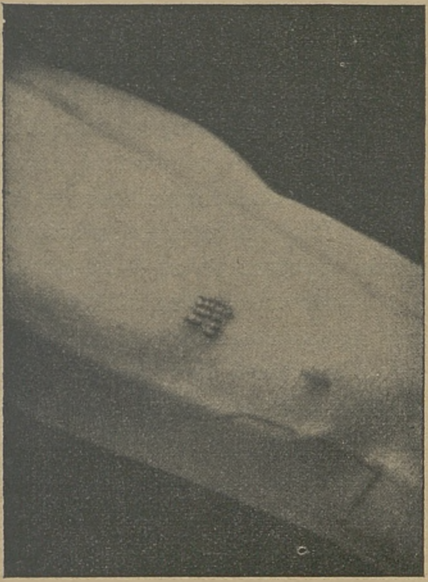
lub więcej ciężki stan zapalny rogówki i spojówki, do którego, zależnie od „złośliwości“, „siły zakaźnej“ lub „własności chorobotwórczych“ zastosowanego w danym przypadku szczepu, dołączają się następnie objawy „opryszczkowego zapalenia mózgu“. Badania doświadczalne na zwierzętach dostarczyły więc przekonywujących dowodów, że zakażenie opryszczkowe u ludzi jest związane z obecnością zarazka.

W związku z badaniami *Grütera* liczni autorzy (*Lipschütz*, *Teissier*, *Gastinel* i *Reilly* i inni) zajęli się następnie pytaniem, czy zarazek opryszczki może wywołać swoiste zakażenie również u człowieka. Wyniki tych badań nie okazały się zgodne. *Hruszek* wykonał w czasie od r. 1932 do 1934 szereg doświadczeń, w których udowodnił, że na drodze doświadczalnej można przenosić zarazek opryszczki z człowieka na człowieka bez żadnych ograniczeń. W przeciwieństwie do wyników badań *Teissiera*, *Gastinela* i *Reilly'ego* *Hruszek* wykazał, że skłonności osobnicze, współistnienie podczas szczepienia chorób usposabiających itd. nie mają tu rozstrzygającego znaczenia. Wynik szczepienia zależy wyłącznie od złośliwości wzgl. siły zakaźnej zastosowanego szczepu i od techniki szczepienia. Najskuteczniejszą metodą szczepienia okazało się skaryfikowanie skóry lancetem *Pirqueta*. Rysy szczepienne smarowano zawartością pęcherzyków opryszczki, poczem po 24—48 godzinach ukazywały się pęcherzyki opryszczki, umieszczone wzdłuż tych rys (rys. 1). W dalszym szeregu doświadczeń udało się opracować jeszcze inne sposoby szczepień. Zarazek opryszczki przenoszono z jednego człowieka na drugiego drogą naskórną (przez wcieranie!), śródskórną, podskórną itd. Powstawały przytem bardzo różnorodne obrazy opryszczki szczepiennej. Po szczepieniu naskórnym wytwarzały się wykwity opryszczkowe, związane z mieszkami włosowymi, które nazwano „Folliculitis herpetica s. Herpes follicularis“. Po podskórnym wstrzyknięciu zakaźnej zawartości pęcherzyka opryszczkowego wytwarzają się wykwity skórne, składające się z zaczerwienienia i nacieczenia; wykwity te trwają 8—10 dni i ustępują, pozostawiając po sobie lekkie zmiany barwnikowe.

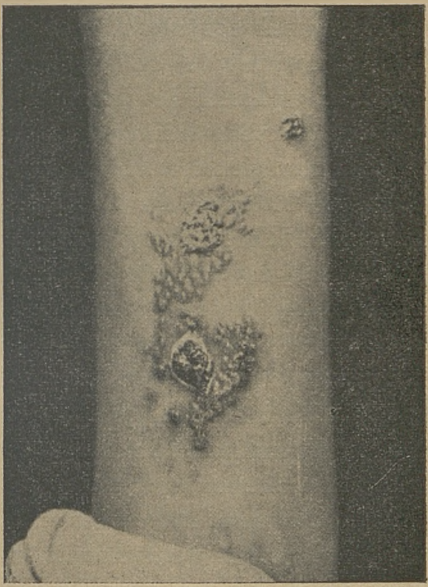
Przy tych doświadczeniach z przeszczepianiem stwierdzono ponadto, że szczepy zarazków opryszczkowych, otrzymane od różnych ludzi, wykazują różnice pod względem złośliwości i siły zakaźnej. Spostrzeżenie to jest zgodne z wynikami otrzymanymi dawniej przy badaniach doświadczalnych, wykonywanych na zwierzętach. Odmienny w poszczególnych przypadkach przebieg opryszczki szczepiennej (u ludzi) tłumaczy się właśnie tymi niejednakowymi własnościami zarazków. Tak np. istnieją szczepy, które przy wszystkich szczepieniach wywoływały jedynie objawy pierwotne, czyli pęcherzyki opryszczki, ułożone wzdłuż nacięć skaryfikacyjnych (rys. 1); pęcherzyki te można było bez ograniczeń przeszczepiać w dalszych pasażach; sprawa zawsze miała przebieg łagodny i kończyła się zupełnym wyleczeniem. Szczepy takie są coprawda zakaźne, lecz złośliwość ich jest stosunkowo niewielka. W prze-

ciwieństwie do tych łagodnych szczepów opryszczkowych istnieją szczepy, które są nietylko zakaźne, lecz wyróżniają się ponadto mniejszą lub większą złośliwością. Te szczepy opryszczkowe wywołują opryszczkę szczepienną o przebiegu przewlekle-nawracającym: pęcherzyki pierwotne przetwarzają się w strupki lub nawet goją się zupełnie, lecz sprawa na tym się nie kończy, gdyż wkrótce występuje nawrót opryszczki (rys. 2). Te odmiany doświadczalnej opryszczki szczepiennej wykazują więc taki sam przebieg, jaki zwykle widzimy przy tak zwanej opryszczce nawykowej.

Zarazkowi opryszczki przypisuje się oprócz zwykłych wykwitów opryszczkowych jeszcze zdolność wywoływania szeregu obrazów chorobowych (zapa-



Rys. 1. Opryszczka szczepienia.



Rys. 2. Szerzenie się opryszczki.

lenie opon mózgowych lub nawet mózgu itd.). *Doerr*, *Levaditi* i inni wyrazili przypuszczenie, że śpiączkowe zapalenie mózgu jest cierpieniem wywołanym przez swoistą odmianę zarazka opryszczkowego. Autorzy ci opierali się na opryszczkowych własnościach płynu mózgowo-rdzeniowego (przeszczepianie płynu na rogówkę królika) oraz na możności doświadczalnego wywoływania zapalenia mózgu pod wpływem przeszczepiania zarazków opryszczkowych na rogówkę królika. *Hruszek* nie podziela poglądu wymienionych autorów i uważa, że sprawa ta wymaga jeszcze dalszych badań.

Możność seryjnego przenoszenia zarazka opryszczkowego z królika na królika lub z człowieka na człowieka dowodzi nie tylko zakaźnego charakteru opryszczki pospolitej, lecz posiada również pewne znaczenie różnicowo-rozpoznawcze. Wspomnimy tu tylko w krótkości, że zarówno u ludzi z opryszczką

jawną jak i skłonnych do opryszczki można wywołać alergiczny odczyn śródskórny lub skórny, który wykonywa się za pomocą rozcieńczonej lub nierozcieńczonej zawartości pęcherzyków. Przy zwykłym umiejscowieniu rozpoznanie kliniczne opryszczki pospolitej jest przeważnie łatwe, jednakże przy niezwykłych wykwitach opryszczkowych na piersi powstaje pytanie, czy nie mamy do czynienia z półpaścem i z pęcherzykową odmianą Dysidrosis mycotica. Z czysto klinicznego punktu widzenia można w takich przypadkach postawić jedynie rozpoznanie przypuszczalne. Schorzenie grzybicowe można wyłączyć na podstawie ujemnego wyniku hodowli, podczas gdy odróżnienie opryszczki od półpaśca jest możliwe jedynie na podstawie wyniku przeszczepiań na ludzi lub króliki. W przeciwieństwie do wykwitów opryszczkowych, nie można przeszczepiać wykwitów półpaśca ani na inne miejsce u tego samego chorego, ani na innego człowieka, ani na rogówkę królika.

Dr J. A. SCHOCKAERT, Bruksella.

CZY W PRAKTYCE POŁOŻNICZEJ NALEŻY STOSOWAĆ CAŁKOWITY WYCIĄG TYLNEGO PŁATA PRZYSADKI, CZY TYLKO FRAKCJĘ DZIAŁAJĄCĄ WYŁĄCZNIE NA MACICĘ?

(Referat według „Bruxelles - Médical“ 1936, 1. marca, str. 683 — 688).

Autor omawia historię 23-letniej pierwiastki, której ciąża przebiegała prawie zupełnie prawidłowo. Stwierdzano jedynie nieznaczną nykturię i lekkie obrzęki w okolicy kostek; ciśnienie krwi wynosiło 130 — 90 mm Hg. Pierwsze bóle wystąpiły o godz. 4 w nocy. O godz. 11 nad ranem nastąpił samoistny poród. Dziecko donoszone, zdrowe. Jak zwykle wstrzyknięto położnicy po urodzeniu dziecka 3 jednostki Voegtlina wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej. Następnie po wydaleniu łożyska dokonano wstrzyknięcia 1 cm^3 preparatu sporyszu (Gynergène Sandoz).

Wkrótce po porodzie położnica zaczęła się skarżyć na wzmagające się migrenowe bóle głowy, wystąpiły wymioty, stan ogólny chorej szybko się pogarszał. Ciśnienie krwi, które przed porodem było zupełnie prawidłowe (130 — 90), podniosło się do 165 — 100. Tętno wynosiło wówczas 56. W dziewięć godzin po porodzie wystąpił napad eklampsji, jednakże bez drgawek klonicznych. Zastosowano zwykłe postępowanie lecznicze: Pernocton (2 cm^3), 10%-owy roztwór siarczanu magnezu (10 cm^3), następnie 30%-owy roztwór glukozy (100 cm^3) i wreszcie insulinę (10 jednostek). Pomimo to wystąpił nowy napad. Po upływie półtorej godziny ciśnienie opadło do 115—80. Chora ciągle znajdowała się w stanie półśpiączkowym. Następnie ciśnienie obniża

się jeszcze bardziej (105—70), a tętno przyspiesza się do 72. Po upływie 14 godzin od chwili porodu ciśnienie podnosi się do 155 — 80, podczas gdy tętno zwalnia się do 52. Wobec tego zastosowano powtórnie Pernocton (2,2 cm^3) oraz siarczan magnezu (10 cm^3). Po godzinie ciśnienie wynosi 185 — 100, po czym powoli zaczyna opadać. Jednakże w 23 godziny po porodzie migrena znowu zaczęła dokuczać chorej, ciśnienie podnosi się do 145 — 80, tętno pozostaje 52. Badanie dna oka, dokonane w 24 godziny po porodzie, zmian na siatkówce nie wykryło. Wreszcie ciśnienie powraca do 120 — 90. Migrena ustąpiła dopiero w 48 godzin po porodzie, a tętno powróciło do normy jeszcze później.

W powyższym więc przypadku wstrzyknięcie wyciągu tylnego płata przysadki wywołało, jak się zdaje, nieoczekiwany niewielki napad eklamptyczny.

Preparaty tylnego płata przysadki wprowadzili do lecznictwa *Ott* i *Scott;* wywierają one wyraźny wpływ skurczowy na mięśniówkę maciczną, uczuloną uprzednio follikuliną. Ponadto wyciągi tylnego płata przysadki wywołują skurcz drobnych tętniczek i podnoszą w ten sposób ciśnienie, następnie zwiększają powinowactwo komórek do wody i ograniczają przez to diurezę, wreszcie rozszerzają pewne komórki barwnikowe (żaby, kiełbie). Przed kilku laty udało się oddzielić czynnik działający na macicę (Orasthinę) od czynnika działającego na naczynia krwionośne (Tonephinę). W ten sposób jesteśmy obecnie w stanie stosować według naszego uznania jeden lub drugi z głównych hormonów znajdujących się w płacie tylnym przysadki mózgowej. Wyodrębnienie tych dwóch składników o tak różnych własnościach leczniczych ma duże znaczenie praktyczne, gdyż nie ulega wątpliwości, że w przypadkach, gdy stosujemy wyciąg tylnego płata przysadki w celu zadziałania wyłącznie na macicę, frakcja podnosząca ciśnienie i zmniejszająca diurezę może się okazać nawet bezpośrednio szkodliwa.

Z drugiej strony *Hofbauer* przypuszcza, że tylny płat przysadki odgrywa rolę etiologiczną w genezie stanów przedrzucawkowych i rzucawkowych. Hipoteza ta znalazła ostatnio potwierdzenie w wynikach badań *Anselmina* i *Hoffmanna.* Autorzy ci otrzymali z surowicy kobiet znajdujących się w stanie przedeklamptycznym związek, posiadający takie same własności hipertensyjne i przeciwdiuretyczne jak wyciągi z tylnego płata przysadki.

Badania *Cushinga* i *Ahlströma* potwierdziły słuszność powyższych poglądów. Autor jest zdania, że również i spostrzeżenia kliniczne przemawiają na korzyść tej teorii. W związku z tym autor przypomina obserwację *Lesne'a, Lièvre'a* i *Boquien'a,* dotyczącą 3½-letniego chłopca, cierpiącego na moczówkę prostą wskutek ksantomatozy czaszkowo-przysadkowej *Schüllera-Christiana;* u chłopca tego wstrzykiwanie wyciągu tylnego płata przysadki wywołało przesięki surowicze, stan śpiączkowy ze skurczami podobnymi do eklamptycznych i przejściowy bezmocz.

W tych warunkach wstrzykiwanie chorej, znajdującej się w stanie eklamptycznym lub przedeklamptycznym całkowitego wyciągu tylnego płata przysadki, zawierającego również składnik hipertensyjny, należy uważać stanowczo za przeciwwskazane. Według autora wszystkie przypadki z ciśnieniem maksymalnym, przewyższającym 140 mm Hg, nie nadają się do stosowania wyciągów całkowitych. Dotyczy to zwłaszcza pacjentek z objawami stanu przedrzucawkowego, gdyż liczne spostrzeżenia dowodzą, że istnieją osobnicy szczególnie wrażliwi na wazopressynę (Tonephinę). W przypadku położnicy, omówionym na początku niniejszego doniesienia, wydaje się prawdopodobne, że jedynie dzięki troskliwej opiece udało się uniknąć grożącego zejścia śmiertelnego.

Schockaert i *Lambillon* wykonali szereg doświadczeń dla wykrycia przyczyny tej szczególnej wrażliwości; w doświadczeniach na kotach, pozbawionych mózgu, dawka określona Tonephiny traci całkowicie swe działanie wzmagające ciśnienie po połączeniu z surowicą kobiety ciężarnej, zupełnie jakby surowica ta zawierała przeciwhormon lub zaczyn niszczący wazopressynę. I odwrotnie surowica kobiety znajdującej się w stanie przedeklamptycznym traci w mniejszym lub większym stopniu tę właściwość, tak że w niektórych przypadkach wstrzyknięcie wazopressyny może stanowić jakby kroplę, która przepełnia miarę i wywołuje nadciśnienie tętnicze z obrzękiem mózgu, zwolnieniem tętna i napadami rzucawki wskutek anemii mózgu.

Reasumując, autor dochodzi do wniosku, że w praktyce położniczej należy zaniechać stosowania całkowitych wyciągów tylnego płata przysadki i korzystać wyłącznie z Orasthiny, stanowiącej swoisty hormon o wybiórczym działaniu na macicę. Jest to ważne również i z tego względu, że po stosowaniu zwykłych wyciągów tylnego płata może nastąpić okres refrakcyjny z atonią trwającą jedną lub dwie godziny. Orasthina pozbawiona wazopressyny (Tonephiny), która w praktyce położniczej jest niepotrzebna, a może być nawet szkodliwa, wyróżnia się doskonałą tolerancją i nigdy nie wywołuje żadnych zaburzeń ani niepożądanych objawów działania ubocznego.

Dr E. REGENBOGEN. Oddz. Chor. Wew. Szp. Miejsk. Berlin — Lichtenberg.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM NOWEGO ŚRODKA ANALEPTYCZNEGO, POBUDZAJĄCEGO JEDNOCZEŚNIE KRĄŻENIE I ODDYCHANIE.

(Referat według Medizinische Klinik 1933, nr 36).

ICORAL jest to wodny roztwór dwóch syntetycznie wytworzonych zasad: pierwsza (A) działa na podobieństwo lobeliny, druga (B) działa na podobieństwo efedryny. Autor daje sprawozdanie z wyników stosowania Icoralu w przypadkach zatruć. Materiał jego obejmuje 4 przypadki zatrucia Luminalem, 3 — Veronalem, 1 — kwasem barbiturowym z kodeiną, 1 — morfiną, 1 — tlenkiem węgla i 1 — skopolaminą (350 mg). W 3 do 5 minut po wstrzyknięciu domięśniowym lub w kilka sekund po rozpoczęciu wstrzykiwania dożylnego skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi podnosiło się równomiernie, tętno wypełniało się lepiej i przeważnie zwalniało się; to zwolnienie tętna zależy prawdopodobnie od zwiększenia się oporu obwodowego. Oddech pogłębiał się, ilość oddechów przy oddychaniu poprzednio przyspieszonym zmniejszała się, przy zwolnionym — zwiększała się. Wpływ na oddychanie i krążenie trwał przy wstrzykiwaniu dożylnym 20 — 30 minut, przy wstrzykiwaniu domięśniowym 40 — 50 minut. Ciśnienie krwi, częstość oddychania i tętna przeważnie powracały następnie do stanu początkowego. W ciągu pierwszych 10 minut po wystąpieniu działania oddech i tętno pozostawały mniej więcej na jednakowym poziomie albo zbliżały się jedynie nieznacznie do stanu początkowego, a następnie znowu się podnosiły. Po domięśniowym wstrzyknięciu 2 cm^3 Icoralu zwiększenie się ciśnienia wynosiło 20 — 40 mm Hg, po dożylnym wstrzyknięciu 0,5 cm^3 — 30 do 50 mm Hg. U kilku chorych obserwowano wkrótce po wstrzyknięciu wyraźne przejaśnienie się świadomości: zamroczony poprzednio pacjent otwierał oczy i odpowiadał czasem na energicznie zadawane pytania. Po kilku minutach znowu następował głęboki sen; czasami chorzy stawali się niespokojni, poruszali rękami i nogami, wzdychali i usiłowali wypowiedzieć kilka słów. W kilku przypadkach po dożylnym wstrzyknięciu chorzy zaczynali się gwałtownie pocić, poty te trwały kilka minut. Obserwowano również po wstrzyknięciu dożylnym silne zaczerwienienie twarzy, czyli wynik wprost przeciwny niż ten, którego należałoby się spodziewać po zastosowaniu środka zwężającego naczynia (pośrednie podrażnienie ośrodka nerwu błędnego przez zwiększenie się ciśnienia krwi czy bezpośrednie podrażnienie ośrodków rozszerzających naczynia ?). Czasami, nawet po wstrzyknięciu domięśniowym, występowała czkawka.

Wszyscy chorzy leczeni Icoralem zostali uratowani za jednym jedynym wyjątkiem bardzo ciężkiego zatrucia 6 gramami Luminalu. Wyniki te tym-

bardziej zasługują na uwagę, że obserwowane zaburzenia oddechowe i krążeniowe były bardzo poważne i chorzy byli zupełnie nieprzytomni. Innych środków pobudzających krążenie i oddychanie można było prawie zupełnie zaniechać. Oprócz zatruć zapaść krążeniowa w przebiegu chorób zakaźnych jest dalszym szerokim zakresem wskazań do stosowania Icoralu.

W 4 przypadkach płatowego zapalenia płuc, w 2 przypadkach odoskrzelowego zapalenia płuc i w 1 przypadku ciężkiej grypy domięśniowe wstrzykiwania Icoralu ułatwiły przezwyciężenie objawów bardzo poważnej zapaści krążeniowej. Bezpośrednimi skutkami wstrzykiwań było podniesienie się ciśnienia, wzmocnienie tonów serca, poprawa świadomości, ustąpienie bladości, sinicy i duszności. Podobnie pomyślne działanie udało się osiągnąć również w przypadku ciężkiej gruźlicy płuc z jamami i w dwóch przypadkach tyreotoksykozy z ostrym osłabieniem krążenia; jeden z tych chorych wkrótce zmarł z powodu ciężkości choroby zasadniczej pomimo dobrego początkowo działania Icoralu. Działanie Icoralu, pobudzające oddychanie, okazało się silniejsze i utrzymywało się dłużej niż działanie lobeliny; wpływ na krążenie krwi odpowiada pod względem siły działaniu adrenaliny lub efedryny, a pod względem czasu trwania utrzymuje się mniej więcej dwa razy dłużej.

Na dychawicę oskrzelową i sercową Icoral żadnego wpływu leczniczego nie wywiera. W 4 przypadkach udaru mózgowego Icoral (domięśniowo) zaledwie jeden raz poprawił oddychanie na przeciąg kilku godzin. U pewnej pacjentki z licznymi skurczami dodatkowymi bez organicznych zmian chorobowych w sercu wstrzyknięcie dożylne 0,5 Icoralu umiarowiło zupełnie tętno mniej więcej na 2 godziny.

Należy ostrzec przed dożylnym wstrzykiwaniem więcej niż 0,5 cm^3; po dożylnym wstrzyknięciu 1 cm^3 ciśnienie krwi, poprzednio w przybliżeniu prawidłowe, podniosło się w 2 przypadkach do 200 i więcej mm Hg, poza tym wystąpiły skurcze dodatkowe. Żadnych poważniejszych zaburzeń wstrzykiwania te jednak nie wywołały. W przypadkach nagłych można bez zastrzeżeń wstrzyknąć dożylnie 0,3 — 0,5 cm^3; po ustąpieniu działania należy wstrzykiwania powtarzać, ew. również dożylnie. Jednakże w większości przypadków wystarczają zupełnie dalsze wstrzykiwania domięśniowe po 1 — 2 cm^3.

Przeciwwskazaniami do stosowania Icoralu są wszelkie postacie nadciśnienia, ostre zapalne schorzenia sercowe i dławica piersiowa.

Dr J. MANN, Fürth.

BIZMUTOWE LECZENIE KIŁY.

(Referat według Therap. der Gegenwart 1936, nr 4).

Leczenie kiły preparatami bizmutowymi znane już jest od 15 lat. W ciągu tego czasu rozpowszechniło się ono tak znacznie i pozyskało tak wielkie uznanie, że wyparło na drugi plan stare leczenie rtęciowe. Bizmut odznacza się lepszą tolerancją niż rtęć, jest bezpieczniejszy w użyciu, a pod względem swego szybkiego pomyślnego wpływu na dodatni odczyn *Wassermanna* jest bardziej wartościowy niż najlepsze nawet preparaty przeciwkiłowe. Byłoby jednak błędem niebezpiecznym przeceniać znaczenie terapeutyczne bizmutu i uważać, że wyłączne leczenie bizmutowe kiły jest postępowaniem dostatecznym. *Craps* (Bull. et Cpt. Soc. Clin. Hôp. Brux. 1935, nr 2) dopiero niedawno zajął zdecydowane stanowisko przeciwko takiemu „nadużywaniu“ bizmutu i zwrócił uwagę, że tego rodzaju błąd może mieć szczególnie niepomyślne dla chorego skutki; szybki mianowicie wpływ bizmutu na zmiany skórne i odczyny surowicze może przez długi czas wywoływać pozory istotnego wyleczenia; zachęcony tym powodzeniem zarówno lekarz jak i chory mogą tymczasem zaniedbać przeprowadzanie w odpowiedniej chwili potrzebnego leczenia kombinowanego i stracić lub zmniejszyć szanse szybkiego i pewnego zupełnego wyleczenia. Uznając całkowicie wielkie znaczenie bizmutu, nie wolno jednak przy tym zaniedbywać Neosalvarsanu, który w ciągu 25 lat swego istnienia stale zachowuje swe stanowisko przodującego środka przeciwkiłowego. Jedynie naprzemienne stosowanie leczenia Neosalvarsanem i bizmutem pozwala osiągnąć maximum korzyści terapii swoistej. Dopiero przy takim leczeniu kombinowanym uwidacznia się wielka wartość bizmutu, jako środka skutecznie zwalczającego społeczną klęskę szerzenia się kiły.

Nie każdy jednak preparat bizmutowy posiada jednakową wartość leczniczą. Odnośnie do rozpuszczalności większość syfilidologów na całym świecie przyznała przewagę preparatom nierozpuszczalnym, wytwarzającym w ustroju „depot“ bizmutu. Stroną ujemną tych nierozpuszczalnych preparatów była dotychczas zła dyspersja i niedostateczna równomierność poszczególnych cząsteczek bizmutu w zawiesinie. Pierwsza wada była przyczyną błędów w dawkowaniu, druga zaś powodowała czasem dotkliwe bóle w miejscu wstrzyknięcia, utrudniała dobre i równomierne wchłanianie i osłabiała działanie lecznicze preparatu. Nowy, udoskonalony preparat bizmutu, Casbis, przedstawia z chemicznego punktu widzenia wodan bizmutu. Otrzymywana specjalnym sposobem znaczna dyspersja oleistej zawiesiny zapewnia jak największe rozdrobnienie i równomierność cząsteczek.

Burmeister (M. Kl. 1934, nr 52) stosował Casbis w 50 przypadkach i wykazał w przekonywujący sposób niesłuszność zarzutu, jakoby techniczne udo-

skonalenie sposobu wytwarzania preparatu mogło niepotrzebnie przyspieszyć jego wchłanianie i osłabiać w związku z tym działanie lecznicze. *Burmeister* stosował Casbis przeważnie dla przeprowadzania kombinowanych kuracyj przeciwkiłowych. Tolerancja preparatu była doskonała, podmiotowe dolegliwości pacjentów były minimalne. Większa wartość Casbisu polega ponadto na możliwości dokładnego dawkowania. Większość innych preparatów posiadała tę wadę, że na dnie butelki wytwarzał się nierzadko zbity osad; osad ten był tak mocny, że nawet po dodaniu perełek szklanych nie można było za pomocą silnego wstrząsania przywrócić dawną równomierną zawiesinę. Doświadczenie praktyczne poucza, że przy umiarkowanym wstrząsaniu, wykonywanym co 2 — 3 dni, flakon Casbisu zachowuje bez zmiany swą doskonałą dyspersję i całą jego zawartość można wykorzystać bez żadnej pozostałości. Również *Scherber* (W. m. W. 1934, nr 42) opisuje doskonałe działanie lecznicze Casbisu i tłumaczy je szczególnie wysokim stopniem dyspersji zawiesiny. Według *Scherbera* Casbis wytwarza w ustroju dostateczne „depot" bizmutu w tkance mięśniowej, lecz nie powoduje żadnych bólów ani przykrych wrażeń po wstrzyknięciu i umożliwia całkowite wykorzystanie swoistego przeciwkiłowego działania bizmutu. Podczas leczenia Neosalvarsanem lub Solu-Salvarsanem Casbis przedstawia nadzwyczaj cenny pomocniczy środek leczniczy. Przy kile drugookresowej Casbis przyspiesza ustępowanie zmian chorobowych; również i sprawy kilakowe szybko reagują na działanie Casbisu. Znaczna zawartość bizmutu w Casbisie i jego łatwa wchłanialność umożliwiają ograniczenie kuracji do 12 — 15 wstrzykiwań. *Scherber* stosował jednak również dawki dochodzące do 20 cm^3 na kurację bez najmniejszych nawet objawów ubocznych.

Osobiste spostrzeżenia autora obejmują prawie 100 przypadków kiły leczonych za pomocą Casbisu z doskonałymi wynikami.

Dr R. SCHNITZER, Hoechst n. M.

W SPRAWIE SZCZEGÓLNEGO POWINOWACTWA SOLU-SALVARSANU.

(Referat według Wien. Med. Wschr. 1935, Nr. 39).

Szczególnym powinowactwem (aviditas) nazywamy od czasu badań *Ehrlicha* własność związków chemoterapeutycznych (zwłaszcza z szeregu połączeń arsenowych) wykazywania działania bakteriobójczego również na zarazki chorobotwórcze o znacznie zmniejszonej wrażliwości. Według badań autora szczególne powinowactwo Solu-Salvarsanu jest nieco mniejsze niż „aviditas" arseno-fenylo-glicyny. W każdym razie jest to drugie dotychczas znane połączenie, które posiada tę szczególną własność w stopniu nadającym się wogóle

do porównania z arseno-fenylo-glicyną. Szereg badań wykonanych w chemoterapeutycznym laboratorium w Hoechst na szczepach odpornych na działanie leków potwierdził całkowicie „aviditas“ Solu-Salvarsanu. Szczególne powinowactwo określonego związku można oceniać na podstawie działania na odpowiednie szczepy zarazków uodpornionych na wpływ środków leczniczych; dowodem pewniejszym jest jednak otrzymanie szczepu odpornego na dane połączenie. Z badań *Gondera* (Z. Immunforschg. 1912, tom 15) wynika, że np. tego rodzaju szczep trypanozom może wykazywać określone własności, polegające na odporności w stosunku do różnych związków chemoterapeutycznych. Oprócz arseno-odpornych szczepów *Ehrlicha* II, III i IV nie opisano dotychczas dokładniej żadnych innych odmian trypanozom odpornych na działanie swoiście czynnych związków. Uodpornienie wykonywano w zwykły sposób na szczepie *Nagana Prowazek* Frankfurt (pochodzącym z Instytutu *Georg Speyer).* Dawkę stosowaną myszom ostrożnie zwiększano. Autor korzystał przy tym z metody polegającej na niedopuszczaniu do nawrotów i chroniącej w ten sposób pasożyty przed wytworzeniem zmian uodporniających. W 24 godziny po zastrzyknięciu lekarstwa przenoszono trypanozomy na inne myszy, które w razie właściwego przebiegu zakażenia poddawano z kolei odpowiedniemu leczeniu. Dawka początkowa tego postępowania wynosiła 0,2 mg podskórnie na 20 g wagi myszy; dawka ta posiada zaledwie bardzo nieznaczne działanie lecznicze. Po 7 pasażach pasożyty znosiły 1 mg, a po 11 pasażach 2 mg. Zwiększenie dawki do 2,5 — 3,3 mg było możliwe dopiero po 30 pasażach; po 37 pasażach 5 mg pozostawały bez wpływu. Od 46. do 74. pasażu wstrzykiwano myszom podskórnie po 10 mg na 20 g wagi; w znacznej większości przypadków dawka okazywała się nieczynna. Dalszego uodpornienia aż do największej dawki znoszonej (dosis tolerata — 25 mg na 20 g) dotychczas jeszcze nie osiągnięto, pomimo wykonania już 82 przeszczepień. Największy dotychczasowy wynik polega na odporności w stosunku do 13 mg Solu-Salvarsanu.

Wyniki tych doświadczeń dowodzą, że uodpornienie przeciwko Solu-Salvarsanowi jest bardzo trudne do osiągnięcia. Na ogół metoda zastosowana przez autora pozwala na znacznie szybsze otrzymanie uodpornienia w stosunku do leków. Spośród 7 uodpornień, wykonanych w ciągu ostatnich lat przeciwko połączeniom arsenobenzolowym, największą odporność, to znaczy niewrażliwość na największą dawkę znoszoną, osiągano po 20 — 30 pasażach, a zaledwie w jednym przypadku po 40 pasażach. Wolne postępowanie uodpornienia przeciw Solu-Salvarsanowi, które jeszcze po przeszło 80 pasażach nie osiągnęło swego maksimum, polega prawdopodobnie na własności Solu-Salvarsanu skutecznego działania nawet na trypanozomy o znacznie zmniejszonej wrażliwości. Szczególne powinowactwo (aviditas) preparatu utrudnia osiągnięcie największej odporności. Jednakże ten szczep trypanozom, stosunkowo odporny na działanie Solu-Salvarsanu (posiada on bowiem 20 razy mniejszą wrażliwość niż nor-

malne trypanozomy) wyróżnia się pewnymi własnościami, charakterystycznymi dla szczepów odpornych na działanie związków obdarzonych szczególnym powinowactwem. Po 25. pasażu odporność na działanie Solu-Salvarsanu jest jeszcze niewielka, podczas gdy w stosunku do Trypaflaviny szczep jest zupełnie niewrażliwy. Działanie Salvarsanu i Neosalvarsanu znacznie osłabło. Po 62 pasażach szczep osiągnął odporność przeciwko działaniu 10 mg Solu-Salvarsanu; w tym stanie nie reaguje on już wcale na arsacetynę i stary Salvarsan, zaledwie słabo na Neosalvarsan i bardzo mało na Myo-Salvarsan. Utrzymuje się jeszcze nieznaczna wrażliwość na arseno-fenylo-glicynę; działanie Germaniny pozostaje, jak było do przewidzenia, bez zmiany. Po dalszych 12 pasażach stosunek do Solu-Salvarsanu nie ulega już żadnej zmianie, natomiast wrażliwość na Neosalvarsan słabnie w dalszym ciągu. Na szczególną uwagę zasługuje tu okoliczność, że działanie arseno-fenylo-glicyny wyczerpuje się już zupełnie. Uodpornienie w stosunku do kamienia winnego nie nastąpiło, działania nie stwierdzono zaledwie w jednym przypadku (przy 62. pasażu). Jako rzecz zupełnie niezwykłą należy tu zanotować uodpornienie również na działanie Tryparozanu. Badanie na dalszych 7 szczepach trypanozom, uodpornionych w stosunku do starego Salvarsanu wzgl. Trypaflaviny wykazały, że ta chlorowana parafuksyna działa na te szczepy zawsze jak na trypanozony normalne. Wystąpienie odporności przeciw barwnikom szeregu trójfenylometanowego było dotychczas znane tylko w jednym przypadku i dotyczyło szczepu arseno-odpornego nr III, opisanego przez *Gondera;* szczep ten, poddany działaniu arseno-fenylo-glicyny i kwasu arsenowego, nie reagował wreszcie również i na parafuksynę. Szczep trypanozom uodporniony przeciw Solu-Salvarsanowi zachowuje się więc zupełnie podobnie jak ten szczep arseno-odporny nr III, to znaczy jest bardzo mało wrażliwy na działanie wszystkich zbadanych związków arsenowych; pewna różnica polega tylko na tym, że szczep arsenoodporny nr III wykazywał jednocześnie uodpornienie na związki antymonowe w postaci kamienia winnego. Wyników takich nie udaje się jednak osiągnąć we wszystkich przypadkach. Na 9 doświadczeń uodporniających stwierdzono je tylko w 3 przypadkach; podobne zachowanie się jest zresztą znane z odnośnego piśmiennictwa.

Okazuje się więc, że również i na podstawie wyników doświadczeń uodporniających należy uważać Solu-Salvarsan za związek obdarzony szczególnym powinowactwem. Przy przenoszeniu wyników otrzymanych w doświadczeniach z trypanozomami na inne zarazki chorobotwórcze, wskazaną jest, oczywiście, duża ostrożność, wydaje się jednak bardzo prawdopodobne, że również i przy zakażeniach spirochetami, a zwłaszcze przy syfilisie, ta „aviditas" preparatu powinna wywierać pomyślny wpływ na skuteczne zwalczanie choroby. Zarówno działanie na zarazki chorobotwórcze o zmniejszonej wrażliwości na środki lecznicze, jak i okoliczność, że pasożyty wcale się do preparatu nie przyzwyczajają, wobec czego działanie jego z biegiem czasu nie słabnie — oto czynniki, które powinny mieć wielkie znaczenie kliniczne.

LECZENIE SWĘDZENIA.

Prof. dr. Schottmüller (Münch. med. Wschr. 1927, nr 20), *dr. Frank* (Dtsch. med. Wschr. 1928, nr 31), *dr. Planner* (Wiener med. Wschr. 1922, nr 33), *dr. Hofmann* (Dtsch. med. Wschr. 1924, nr 23).

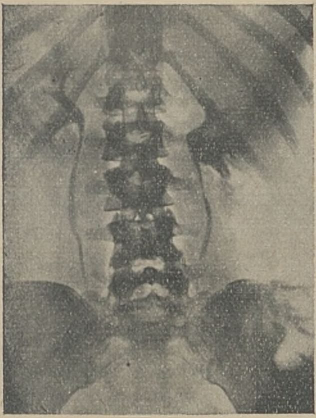
Uporczywe swędzenie skóry, towarzyszące prawie stale każdej dłużej trwającej żółtaczce, jest objawem bardzo przykrym i sprawia chorym bardzo poważne dolegliwości. W przypadkach takiego żółtaczkowego swędzenia, w których wszelkie inne preparaty zupełnie zawodziły i trzeba było dla uśmierzania nieznośnych często cierpień pacjentów nierzadko stosować morfinę, *Schottmüller* dokonał próby leczenia za pomocą znanego organicznego preparatu siarkowego Mitigalu i osiągnął we wszystkich przypadkach znakomite wyniki. Mitigal skutecznie uśmierzał dolegliwości pacjentów również przy dokuczliwym swędzeniu po zastosowaniu morfiny oraz przy wysypkach po wstrzykiwaniach surowic leczniczych. *Frank* w późniejszej pracy z kliniki *Schottmüllera* jeszcze raz zwraca uwagę na pomyślne wyniki stosowania Mitigalu przy swędzeniu skórnym różnego pochodzenia. Nawet przy uogólnionym swędzeniu, które występowało wtórnie jako objaw towarzyszący przy chorobach przemiany materii, chorobach krwi i zaburzeniach wewnętrznego wydzielania, wcierania Mitigalu sprawiły we wszystkich przypadkach ulgę. Mitigal nie zawodził nawet w przypadkach najcięższego swędzenia, w których inne środki lecznicze pozostawały zupełnie bez wpływu. U chorych, którzy zgłaszali się do kliniki bardzo późno, już po dłuższym trwaniu choroby, Mitigal usuwał również ew. istniejące zmiany skórne, wywołane drapaniem.

Planner również zwraca uwagę na znakomite działanie Mitigalu, uśmierzające swędzenie. Przy swędzeniu starczym i przy pokrzywkowym swędzeniu skórnym Mitigal sprowadzał natychmiastową ulgę, albo nawet doraźnie uśmierzał swędzenie. *Hofman* opisuje pewnego chorego dotkniętego ciężką neurastenią; pacjent skarżył się na bezsenność, brak łaknienia, przeczulenie nerwowe itp., a przede wszystkiem na nieznośne swędzenie skórne, nie dające mu ani chwili spokoju; wszelkie wewnętrzne i zewnętrzne sposoby lecznicze, mające na celu uśmierzenie tego swędzenia, zawiodły zupełnie. Wreszcie *Hofmann* spróbował Mitigal, znany powszechnie głównie jako doskonały środek przeciwświerzbowy. Możliwość zadziałania drogą sugestii nie wchodziła w rachubę, gdyż *Hofman* nie ukrywał przed swym pacjentem, że rozchodzi się tu tylko o próbę, której wynik znajduje się pod znakiem zapytania. *Hofmann* osobiście odnosił się do tej próby dość sceptycznie. Tym większe było jego zdumienie, gdy nazajutrz chory doniósł mu, że po raz pierwszy od kilku tygodni spokojnie przespał noc. *Hofman* zalecił choremu wcierać jeszcze przez 2 dni po 50 cm^3, a następnie co drugi dzień po 30 cm^3. Ostateczny wynik leczniczy był doskonały: swędzenie ustąpiło zupełnie, podrażnienie skóry, wywołane ciągłym drapaniem, wygoiło się bez śladu i skóra odzyskała swą dawną gładkość i elastyczność.

Dr. MAGALHAES GOMES.

ARTERIOGRAFIA BRZUSZNA (AORTOGRAFIA).

(Referat według Arquivos Brasileiros de Cardiologia e Hematologia tom 1, Nr. 2, 1934).



Autor, asystent profesora *Austregesilo* (XX Szpital w Santa Casa) opisuje trzy główne metody arteriografii: pierwsza, arteriografia kończyn, jest już powszechnie znana; druga, arteriografia mózgu (encephalografia tętnicza), wprowadzona przez profesora *Egasa Moniza,* jest w Brazylii szeroko stosowana; trzecia, arteriografia brzuszna (aortografia), opracowana przez profesora *Reynaldo dos Santos,* stanowi właśnie przedmiot niniejszego artykułu.

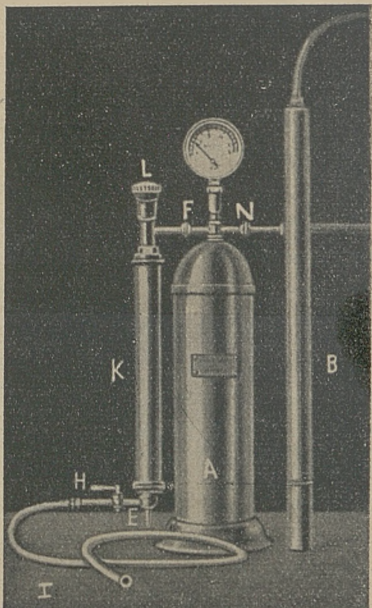
Odcinek piersiowy tętnicy głównej nie wymaga dla uwidocznienia go na ekranie rentgenowskim żadnych sztucznych dodatkowych zabiegów, natomiast podprzeponowy odcinek brzuszny musi być dla dokładnego rozpoznania rentgenowskiego specjalnie zaciemniony, aby nie przepuszczał promieni.

Zagadnienie aortografii wymaga rozstrzygnięcia dwóch spraw: techniki nakłucia aorty i wyboru związku przeznaczonego do wstrzyknięcia.

Nakłucie aorty brzusznej nie przedstawia, zarówno według autora jak i według *Reynaldo dos Santos,* żadnego niebezpieczeństwa.

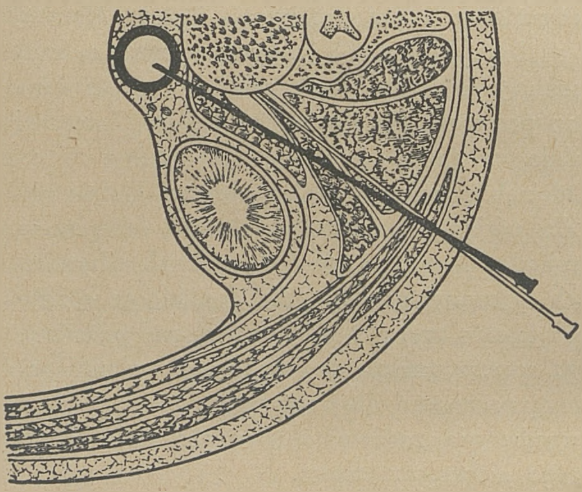
Autor dokonał wielu prób ze stosowaniem różnych preparatów kontrastowych i doszedł do przekonania, że najlepsze wyniki dajc mieszanina 20 cm^3 Per-Abrodiłu z 20 cm^3 roztworu Natrii jodati purissimi 100%. Dodanie Per-Abrodilu zmniejsza w znacznym stopniu toksyczność jodku sodowego. Ilość wstrzykniętego płynu wynosi przeciętnie 20 do 30 cm^3.

Odnośnie do nakłucia aorty autor posługuje się następującą techniką: palcami lewej ręki określamy punkt żebrowo-mięśniowy, czyli miejsce, w którym mięśnie krzyżowo-lędźwiowe łączą się z ostatnim żebrem. W tym właśnie miejscu przekłuwamy skórę igłą średnicy $^{12}/_{10}$ milimetra i długości 12 cm; przenikamy poziomo ku dołowi albo z lekkim odchyleniem na prawo aż do chwili, gdy napotkamy opór przez trzon pierwszego kręgu lędźwiowego lub dwunastego piersiowego.



Rys. 1. Aparat prof. Reynaldo dos Santos.

Po natrafieniu na trzon kręgowy cofamy igłę o kilka centymetrów, nadajemy jej kierunek bardziej pionowy i wkłuwamy ją głębiej, tak, aby ocierając się o trzon kręgu, doszła wreszcie do przestrzeni jakby wolnej, stanowiącej tkankę okołoaortalną. Pogrążamy igłę jeszcze dalej, aż odczujemy wrażenie jakby igła nakłuwała piłkę gumową wypełnioną powietrzem; jest to chwila, gdy rzut krwi tętniczej udziela się poprzez ścianę aorty ostrzu igły. Łączymy wówczas nasadę igły z rurką gumową włączoną do specjalnego aparatu, z którego pod ciśnieniem wtłaczamy mieszaninę kontrastową do aorty brzusznej.



Rys. 2.

Cały zabieg należy wykonać dopiero po znieczuleniu lub uśpieniu pacjenta i ułożeniu go na stole radiologicznym.

Jako uzupełnienie techniki, *Reynaldo dos Santos* poleca umieszczenie wałka w górnej części ud dla opóźnienia krążenia krwi.

Zdjęcie rentgenowskie należy wykonać podczas wlewania płynu, co stanowi zasadniczy warunek powodzenia aortografii; najlepsze wyniki osiąga się przy zdjęciach dokonanych po wstrzyknięciu 25 do 30 cm^3 mieszaniny jednakowych ilości Per-Abrodilu i jodku sodu 100%-owego.

W oryginalnej pracy autora znajdujemy szereg aortografij wykonanych w różnych stanach chorobowych. Metoda powyższa, jeżeli postępować ostrożnie i z dostateczną wprawą, nie grozi żadnym niebezpieczeństwem. W przeciwstawieniu do dziesiątków przypadków aortografii dokonanych bez żadnych powikłań zapomocą mieszaniny Per-Abrodilu i roztworu jodku sodu, autor omawia dwa przypadki śmiertelne, związane z użyciem nieodpowiednich środków kontrastowych.

W przypadku pierwszym zastosowano czysty roztwór jodku sodu (było to w początkowym okresie dokonywania prób i poszukiwań środka kontrastowego); w przypadku drugim roztwór jodku sodu nie był czysty, lecz zawierał również jod metaliczny. Od czasu gdy autor stosuje mieszaninę jednakowych części Per-Abrodilu i roztworu bezwzględnie czystego jodku sodu, żadnych powikłań ani niepożądanych objawów działania ubocznego już nie spostrzegano.

Wypróbowane recepty

ANAESTHESIN

Choroby wewnętrzne.

Rp. Anaesthesini . . . . 0,25 (—0,5)
D. tal. dos. Nr. X
S. 3 razy dziennie po 1 proszku przed jedzeniem (*Noorden*).

Rp. Extr. Secal. corn. 0,3
Anaesthesini 0,5
Butyr. Cacao 1,5
M. f. supp. D. tal. dos. Nr. X
S. Czopki dla leczenia hemoroidów.

Rp. Anaesthesini 3,0
Bismutose 20,0
Mucil. gum. arab. 10,0
Sirup. simpl. . . . . ad 150,0
M. D. S. 3 razy dziennie po łyżce stołowej przed jedzeniem. Przed użyciem wstrząsnąć.

Rp. Anaesthesini 0,2
Butyr. Cacao 1,5 (2,0)
M. f. suppositor. D. tal. dos. Nr. X
S. Przy bólach podczas oddawania stolca u dzieci.

Wskazania:
Gastralgia, wrzód żołądka, rak żołądka, niestrawność nerwowa, nadwrażliwość żołądka, niepowściągliwe wymioty ciężarnych, choroba morska, hemoroidy.

Chirurgia.

Rp. Anaesthesini 10,0
Posypka do zasypywania i do insulflacji.

Rp. Anaesthesini
Dermatoli . . . . $\overline{aa}$ 10,0
M. f. pulv.
D. S. Proszek do leczenia ran i uśmierzania bólu przy oparzeniach.

Rp. Anaesthesini 5,0
Lanolini
Vaselini . . . . $\overline{aa}$ ad 50,0
M. f. ung. D. S. Maść.

Wskazania:
dla trwałego znieczulenia po operacjach, przy popękaniach, rozpadlinach, odleżynach, owrzodzeniach, wrzodach goleni.

Dermatologia.

Rp. Mentholi 1,0
Anaesthesini 5,0
Lanolini . . . . ad 50,0
M. f. ung.

Rp. Anaesthesini 5,0
Dermatoli 5,0
Amyli 40,0
D. S. Posypka.

Wskazania:
Owrzodzenia goleni, pryszczyca, róża, półpasiec, pokrzywka, swędzące dermatozy.

Choroby uszu, gardła i nosa.

Rp. Anaesthesini 4,0
Spirit.
Glicerini . . . . aa ad 25,0
M. D. S. Do zakładania do ucha.

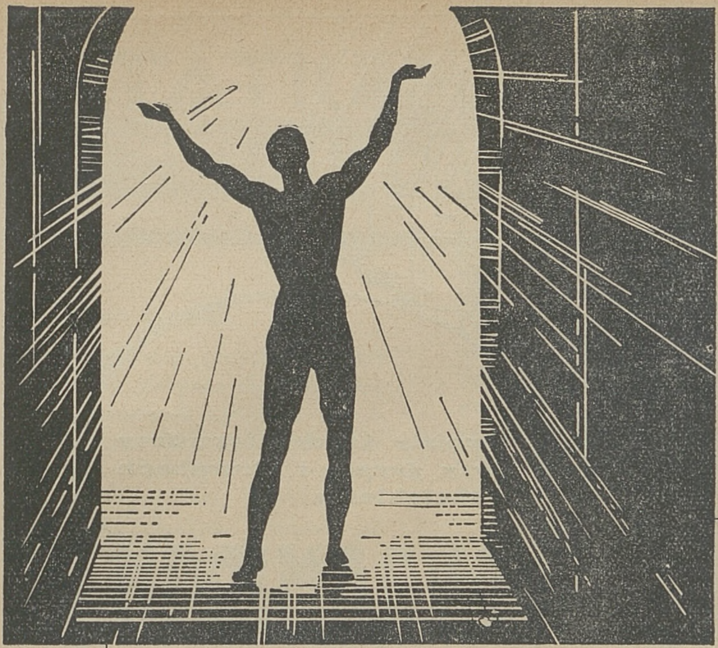
Rp. Anaesthesini 20,0
Mentholi 10,0 (20,0)
Ol. Olivarum 100,0
M. D. S. Do inhalacji.

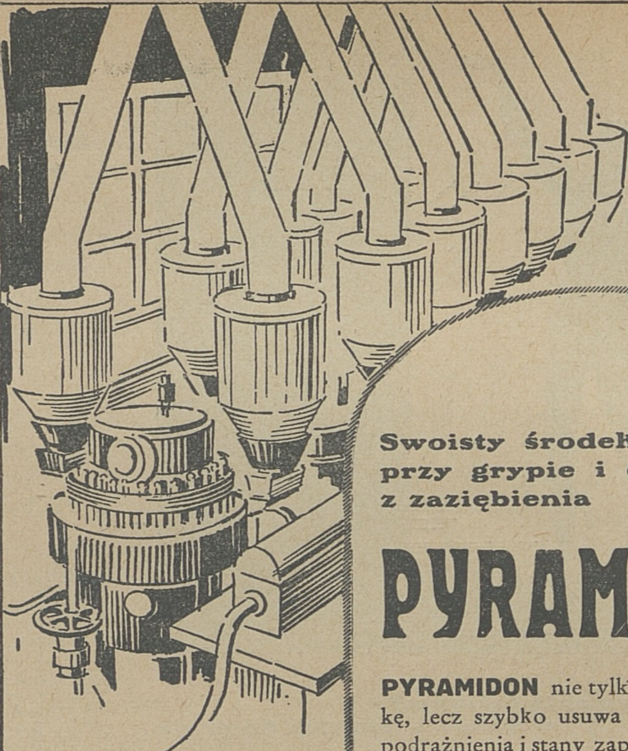
Rp. Anaesthesini 1,0
Coryfini 20,0
M. D. S. Do wkraplania do krtani.

Rp. Anaesthesini 10,0
Mucilag. Gummi arab. 20,0
M. D. S. Do pendzlowania.

Wskazania:
Katary, krztusiec, dolegliwości przy łykaniu, bolesne schorzenia przewodu słuchowego itd.

Oryg. opak. pudełka po 10, 25, 50, 100 i 250 g.





Swoisty środek leczniczy przy grypie i chorobach z zaziębienia

PYRAMIDON

PYRAMIDON nie tylko obniża gorączkę, lecz szybko usuwa również objawy podrażnienia i stany zapalne, dzięki czemu znacznie przyspiesza wyleczenie.

Jako doskonały środek przeciwbólowy PYRAMIDON z powodzeniem uśmierza bóle głowy i zębów i sprowadza ulgę przy bolesnym miesiączkowaniu i dolegliwościach reumatycznych.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

flakony po 20 tabletek à 0,1 g
„ „ 100 „ „ 0,1 „
opak. klin. pudełka po 1000 szt. à 0,1 „
rurki po 10 tabletek à 0,3 „
pudełka „ 20 „ „ 0,3 „
opak. klin. „ „ 250 „ „ 0,3 „

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Odczyn opadania krwinek.

Po operacjach aseptycznych szybkość opadania krwinek zwiększa się. Zaburzenia w przebiegu gojenia się opóźniają powrót szybkości opadania do wartości prawidłowych, gdyż same stają się z kolei przyczyną dalszego przyspieszenia. Również przy złamaniach kości szybkość opadania jest zwiększona i przyspieszona; to utrzymuje się aż do chwili zrośnięcia się i utrwalenia odłamków. Przy rozstrzyganiu pytania, czy chory staw wolno już znowu obciążyć i czy wolno już przystąpić do leczenia ruchami biernymi lub czynnymi, czy nastąpiła już odpowiednia chwila dla wykonania zabiegu ortopedycznego, mającego na celu poprawienie złego ustawienia kończyny, odczyn opadania krwinek daje nam bardzo cenne wskazówki. Szybkość opadania ma pewne znaczenie również przy ustalaniu wskazań dla dokonania zabiegu przy chirurgicznym leczeniu gruźlicy płuc. Przy nowotworach złośliwych opadanie krwinek jest przeważnie przyspieszone. Po dokonaniu radykalnej operacji nowotworu złośliwego, powrót szybkości opadania do normy należy uważać za pomyślny objaw rokowniczy, podczas gdy nowe przyspieszenie wskazuje na nawrót lub przerzut. Przy zwykłym ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego opadanie krwinek pozostaje normalne, ilość zaś ciałek białych zwiększa się jedynie nieznacznie. Przy ropnym zapaleniu wyrostka robaczkowego liczba leukocytów jest wysoka, odczyn zaś opadania przyspiesza się niewiele lub pozostaje jeszcze ciągle w granicach prawidłowych. Przyspieszenie staje się wyraźniejsze dopiero przy przedziurawieniu wyrostka. Jeżeli objawy brzuszne nie są gwałtowne a opadanie krwinek jest znacznie przyspieszone, to okoliczność ta przemawia przeciwko ostremu zapaleniu wyrostka. Odczyn opadania krwinek może oddawać cenne usługi również przy rozpoznawaniu różnicowym różnych postaci kolki żółciowej i jej powikłań. Przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy szybkość opadania jest prawidłowa i nie zmienia się również w ciągu kilku pierwszych godzin po przedziurawieniu. Przy zapaleniu otrzewnej przyspieszenie opadania krwinek dowodzi, że stan zapalny przedziurawionego narządu lub jego otoczenia istnieje już od dłuższego czasu, podczas gdy normalna szybkość opadania przemawia za tym, że przedziurawienie owrzodzenia nastąpiło dopiero niedawno.

Dr. Kunz

(Zbl. Chir. 1936, Nr. 13).

Uśmierzanie bólu po tonsillektomiach.

Uśmierzanie pooperacyjnego bólu następczego po tonsillektomjach było dla mnie przez długi czas zadaniem trudnym do rozwiązania; dotkliwy ten ból sprawia chorym niepotrzebnie bardzo poważne dolegliwości. W poszukiwaniu naprawdę skutecznego środka przeciwbólowego wypróbowałem z biegiem czasu prawie wszelkie istniejące preparaty, jednakże ani jeden spośród nich nie odpowiadał całkowicie swemu przeznaczeniu. Przez długi czas stosowałem nawet morfinę, lecz przekonałem się, że podanie dostatecznej dawki wywołuje zbyt często wymioty. Dodanie atropiny wywołuje jako niepożądany objaw uboczny przykre wrażenie suchości w gardle, zmuszające chorych do częstego chrząkania, co może z kolei grozić niebezpieczeństwem krwotoku następczegc.

Znajdujące się w sprzedaży preparaty przeciwbólowe, nie zawierające alkaloidów

ani pochodnych kwasu barbiturowego działają stanowczo zbyt słabo i nie są w stanie uśmierzyć bólów poważniejszych.

Jedynym wyjątkiem jest według mnie Novalgina, która jako pochodna Pyramidonu wykazuje działanie przeciwbólowe zupełnie wystarczające dla uśmierzania omawianych bólów pooperacyjnych.

W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem tylko jedną pracę (Richter, D. M. W. 1925, nr. 36), omawiającą stosowanie Novalginy jako środka przeciwbólowego po tonsillektomiach. Osobiście stosuję Novalginę już od $1^1/_2$ roku i przekonałem się na bardzo dużym materiale, że jej działanie przeciwbólowe jest wprost znakomite. W 3 — 4 godziny po zabiegu względnie przy pierwszych skargach chorego wstrzykuję domięśniowo przeciętnie 4 — 5 cm^3 Novalginy; postępowanie takie albo uśmierza zupełnie wszelkie bóle następcze albo conajmniej łagodzi je do tego stopnia, że stają się one zupełnie znośne. Novalgina nie zawiodła mnie dotychczas ani razu. Działanie przeciwbólowe zaczyna się w 15 minut po wstrzyknięciu i trwa przy tej dawce około 5 — 6 godzin. W stosunkowo nielicznych przypadkach chorzy zaczynali po tym czasie znowu skarżyć się na bóle; w przypadkach takich wstrzykiwałem taką samą dawkę Novalginy po raz drugi. Tolerancja wstrzykiwań, nawet powtarzanych dwukrotnie, była zawsze bardzo dobra. Wymiotów nie obserwowałem ani razu.

Na podstawie moich spostrzeżeń dochodzę do wniosku, że Novalgina przedstawia w praktyce laryngologicznej środek leczniczy, który umożliwia skuteczne uśmierzanie pooperacyjnego bólu następczego po tonsillektomiach. Novalgina jest przy tym środkiem bezwzględnie nieszkodliwym i wyróżnia się doskonałą tolerancją.

Dr. Briese, Regensburg.

(Ther. Ber. 1936, Nr. 3).

Przyczynek do nieswoistego leczenia bodźcowego.

3.IX. zgłosił się do mnie pacjent ze skargami na wrażenie palenia podczas oddawania moczu. Przed 3 laty zakażenie rzeżączkowe, wyleczone bez powikłań. Wynik badania: pierwsza porcja moczu nieco mętna, druga — przezroczysta, niewielki ślad białka, z cewki moczowej wydziela się nieco białawo - żółtej wydzieliny. Badanie mikroskopowe wykazało liczne złuszczone nabłonki, bez gonokoków i bez ciałek ropnych. Gruczoł krokowy bez zmian. 6.IX stan chorego bez wyraźnych zmian, poprawy nie stwierdza się, gruczoł krokowy nieco wrażliwy. Badanie wykazało niewielkie zgrubienie gruczołów Tysona. Pod wpływem zabiegów miejscowych znaczna poprawa. 2.X, czyli mniej więcej po 3 tygodniach chory zgłasza się znowu i robi tym razem wrażenie ciężko chorego. Chodzi zaledwie z wielkim trudem, zgięty ku stronie prawej, skarży się na silne bóle w prawym podbrzuszu, w prawej pachwinie i w prawym jądrze. Obrzmienie wystąpiło nagle przed 2 dniami. Prawa okolica pachwinowa jest w całości nieco uwypuklona, bardzo bolesna na ucisk, wyraźniejszego obrzmienia gruczołów chłonnych nie stwierdza się. Prawe jądro i przyjądrze powiększone do rozmiarów pięści i niezwykle bolesne. Gorączka 38,9°. Chory nie może podać żadnej uchwytnej przyczyny, od której mógłby uzależnić swe cierpienie; być może czynnikiem wywołującym był niezwykły ucisk podczas pracy. Dla rozpoznania gruźlicy brak dostatecznych danych. Wycieku nie było. Gruczoł krokowy bez zmian. Zaleciłem leżenie w łóżku, Pyramidon, preparaty ichtiolowe, nagrzewającą poduszkę i wstrzyknąłem chininę z terpentyną. 4.X. stan bez zmian, powtórzyłem ten sam zastrzyk. 7.X. gorączka 38°, wieczorem 39°, stan ogólny zły, chodzenie z powodu bólu bardzo utrudnione. Wobec podejrzenia rzeżączki wstrzyknąłem śródskórnie szczepionkę gonokokową: zupełny brak reakcji wyłączył również podłoże rzeżączkowe. 9.X. stan ogólny bardzo ciężki. 14.X. chory został zbadany przez chirurga, ze względu na podejrzenie ew. ropnia, gdyż przed 2 laty przebył operację wyrostka robaczkowego. Badanie nie dało jednak żadnych podstaw dla rozpoznania ropnia w podbrzuszu. Rozpoznanie więc

brzmiało: ostre zapalenie jądra i zapalenie powrózka nasiennego nieznanego pochodzenia. Okolica prawego podbrzusza pozostawała nadal ciągle bardzo bolesna, obrzmienie okolicy pachwinowej nie wykazywało żadnej skłonności do ustępowania. Leczenie zabiegami rozgrzewającymi, terpentyną i ichtiolem było zupełnie bezskuteczne. Wobec tego, że chory w dniu 18.X. ciągle jeszcze wysoko gorączkował (do 39°) i wykazywał objawy postępującej utraty sił, postanowiłem mu wstrzyknąć 2 cm^3 Omnadiny. 22.X. chory zgłosił się do mnie w godzinach przyjęć i z wielką radością zawiadomił mnie, że już 18.X. wieczorem natężenie bólów w podbrzuszu znacznie się zmniejszyło, gorączka opadła, bolesność i obrzmienie jądra również się zmniejszyły, tak że już 19.X. mógł powrócić bez żadnych przeszkód do pracy. Przedmiotowo obrzmienie okolicy pachwinowej ustąpiło prawie zupełnie, prawe jądro jest conajmniej o połowę mniejsze niż w dniu 18.X. Chory otrzymał jeszcze jedno wstrzyknięcie Omnadiny, poczem zgłosił się dopiero 31.X. Od 7 dni wcale nie gorączkuje, nie odczuwa wogóle żadnych bólów, jądro i przyjądrze wykazują jedynie bardzo nieznaczne stwardnienie i są zupełnie niebolesne. Na stanowcze życzenie pacjenta wstrzyknąłem mu jeszcze jedną ampułkę Omnadiny i od tego dnia wszystkie objawy chorobowe ustąpiły już ostatecznie.

Opisuję to szybkie wyleczenie z tego względu, że obserwowałem już kilka takich przypadków o nieznanej etiologji, w których przebieg choroby był bardzo uporczywy i długotrwały. Nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że w opisanym przypadku doraźny zwrot ku poprawie i szybkie ostateczne wyleczenie należało zawdzięczać wyłącznie zastosowaniu Omnadiny. Muszę tu z całym naciskiem zwrócić uwagę, że przed wstrzyknięciem Omnadiny choroba trwała już 16 dni ze znacznym obrzmieniem miejscowym, silną bolesnością i wysoką gorączką i że podczas tego nasilenia choroby dopiero wstrzyknięcie Omnadiny sprowadziło przełom w przebiegu cierpienia. Wobec tego, że w takich niewyraźnych przypadkach naogół nie stosuje się Omnadiny, uważałem za swój obowiązek podać tę historię choroby do powszechnej wiadomości, jako dalsze rozszerzenie wskazań do skutecznego stosowania Omnadiny.

Dr. Fürst, Królewiec.

(Ther. Ber. 1936, Nr. 5).

Encephalitis lethargica.

Autor opisuje pewnego pacjenta, który po przebytym śpiączkowym zapaleniu mózgu dostawał już przeszło od roku ciężkich długotrwałych napadów mózgowych. Napady występowały codziennie i ilość ich dochodziła do 9 na dobę. Chory ten zareagował bardzo pomyślnie na leczenie Prominalem. Po zażyciu 1 tabletki (0,2 g) następny napad wystąpił dopiero po upływie 9 tygodni i trwał zaledwie 15 minut. Dalsze leczenie polegało na stałym przyjmowaniu $^1/_2$ tabletki (0,1 g) wieczorem i całej tabletki (0,2 g) rano. Już chociażby sama poprawa stanu podmiotowego przemawia za dalszym dokonywaniem prób z leczniczym stosowaniem Prominalu w odpowiednich przypadkach.

Dr. W. Leak, Winsford.

(Brit. Med. Journ. 1935, Nr. 3910).

Kilka słów o leczeniu upławów.

Autor leczy upławy zapomocą Deveganu. Kuracja jest bardzo prosta i łatwa i polega na tym, że rano i wieczór wprowadza się

głęboko do pochwy po jednej tabletce Deveganu. Autor opisuje historię choroby pewnej 52-letniej pacjentki, która od 22 lat cierpiała na upławy. Po 14 dniach stosowania Deveganu wszystkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie.

Nadzwyczaj pomyślne wyniki leczenia upławów Deveganem opisuje również i Erlendsson.

Dr. K. Philipsen, Odense.
(Ugeskr. f. Laeger 1934, Nr. 46).

Co można osiągnąć leczniczo w przypadkach Endocarditis lenta?

W ciągu ostatnich 10 lat obserwowano na II Klinice Chorób Wewnętrznych w Hamburgu - Eppendorfie 23 chorych dotkniętych nurtującym zapaleniem wsierdzia. Leczenie polegało na stosowaniu następujących leków lub zabiegów terapeutycznych: pyramidon, środki nasercowe, związki żelazowe, preparaty arsenowe, przetaczanie krwi, rivanol, połączenia miedziowo-srebrowe, strepto - yatren, szczepionki własne i przyżegania metodą *Biera*. Śmiertelność wynosiła 100%. *Brugsch* (Halle) leczył od 1919 r. 30 chorych na powolne zapalenie wsierdzia; wszyscy ci chorzy bez wyjątku zmarli. Argoflavina, trypaflavina, szczepionki i t. d. zawiodły zupełnie. *Bier* przypuszcza, że w przypadkach wczesnych leczenie Campolonem i arsenem może wywrzeć jakiś wpływ na przebieg choroby. *Nonnenbruch* (Praga) uważa, że w przypadkach, w których rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości, wszelkie energiczniejsze leczenie jest raczej przeciwwskazane. *Schmidt* (Praga) leczył w ciągu ostatnich 5 lat 24 chorych: śmiertelność również wynosiła 100%; pomimo to *Schmidt* nie uznaje nihilizmu terapeutycznego: wypróbował on wszelkie możliwe środki, lecz jak dotychczas bez żadnego powodzenia. *Schmidt* stosował preparaty akrydynowe, rtęciowe środki moczopędne, przyżegania *Biera*, naświetlanie serca promieniami Rentgena, diatermię serca, żelazo, arsen, wątrobę, środki nasercowe, pyramidon, dietę nerkową. *Bingold* (Norymberga) uważa, że nie posiadamy sposobów zadziałania na zarazki chorobotwórcze, które zagnieździły się na wsierdziu. U jednego z trzech chorych Prontosil przemijająco obniżył gorączkę prawie do normy, jednakże również i ten chory zmarł. Pytanie, czy w przypadkach wczesnych możliwe jest wyleczenie samoistne, jest trudne do rozstrzygnięcia. *Lechleitner* (Lipsk) donosi, że od 1925 do 1934 roku leczył 57 chorych na Endocarditis lenta, lecz ani jednego nie udało mu się uratować. Jako środek przeciwgorączkowy szczególnie pomyślnie działa Gardan. — *Bohnenkamp* (Fryburg) oraz *Hitzenberger*, *Boller* i *Falta* (Wiedeń) wszyscy zgodnie potwierdzają dotychczasowe spostrzeżenia o niewyleczalności Endocarditis lenta.

Kissling z Mannheimu donosi (Med. Klin. 1935, Nr. 44) o wyleczeniu pewnego 25-letniego pacjenta, który cierpiał na prawdziwe nurtujące zapalenie wsierdzia. Chory był przez 4 tygodnie leczony srebrowym błękitem metylenowym, następnie przez długi czas przyjmował 4 razy dziennie po 0,3 g Pyramidonu, dokonano mu również dwukrotnie przetaczania krwi w dawkach po 250 cm³, przy czym dawca (brat chorego) był poprzednio przygotowany do transfuzji zapomocą szczepienia paciorkowcem zieleniejącym. Pyramidon obniżył nieco gorączkę, lecz poza tym wszystkie te zabiegi nie sprowadziły żadnej poprawy i autor przypuszczał, że chory po wypisaniu ze szpitala prawdopodobnie już niedługo umrze. Jednakże po 7 miesiącach chory znowu zgłosił się do szpitala; dokładne badanie i obserwacja nie wykazały żadnych objawów czynnego zapalenia wsierdzia. Chorego można było uznać za wyleczonego z Endocarditis lenta. Pacjent podaje, że po wypisaniu ze szpitala chorował w domu jeszcze przez 30 tygodni; leczenie polegało na przyjmowaniu salicylanu sodu i Pyramidonu. Początkowo posiewy krwi wykazywały jeszcze obecność paciorkowców zieleniejących, jednakże po upływie kilku miesięcy krew była już stale jałowa.

Dr. Schulten, Hamburg — Eppendorf.
(Med. Kl. 1935, Nr. 29).

Zapobieganie i leczenie krwawień poporodowych.

W szkole pielęgniarek w Zurychu stosuje się od r. 1931 przy krwawieniach atonicznych i poporodowych prawie wyłącznie Orasthinę, jako najskuteczniejszy lek wywołujący doraźnie silny skurcz macicy. W przypadkach trudnych lub powikłanych porodów, w których już z góry można się było spodziewać zaburzeń prawidłowego przebiegu, podawano Orasthinę zapobiegawczo. Po wstrzyknięciu 3 — 4 jednostek Vögtlina krwawienia zwykle natychmiast ustawały. Statystycznie w okresie 1931 — 1933 stwierdzono, że ilość porodów przebiegających z utratą krwi powyżej 500 cm^3 zmniejszyła się przeszło o połowę, a ilość porodów, w których utrata krwi wynosiła więcej niż 1500 cm^3, zmniejszyła się z 0,8% (1927 — 1930) do 0,2%. Dzięki zapobiegawczemu stosowaniu Orasthiny zmniejszyła się również ilość kobiet, u których należało w uśpieniu lub ręcznie dokonywać zabiegu odłączenia łożyska. Pomyślny wpływ Orasthiny uwidocznił się szczególnie wyraźnie zwłaszcza u 14 kobiet, u których dawniejsze okresy porodowe obfitowały w powikłania, a obecnie dzięki Orasthinie przebiegały bardzo gładko.

Powikłania lub objawy uboczne mogą występować jedynie przy bezkrytycznym zapobiegawczym stosowaniu Orasthiny. Jeżeli ograniczyć te wstrzykiwania wyłącznie do przypadków wykazujących skłonność do atonii macicy, to postępowanie nasze nie jest związane z żadnym niebezpieczeństwem. Profilaktyka zapomocą Orasthiny była w naszej szkole potrzebna w 10% wszystkich przypadków i okazała się bardzo skuteczna.

Dr. Reist, Lucerna.

(Schw. m. w. 1934, Nr. 13).

W sprawie tolerancji środków nasennych.

Od wielu lat cierpię na nerwową bezsenność, która mnie zmusza do przyjmowania środków nasennych. Po zażyciu preparatów barbiturowych zawsze dostawałem wysypki, która obejmowała dość dużą przestrzeń od uszu poprzez szyję aż do klatki piersiowej. Wysypka była przeważnie dość uporczywa i trwała zwykle około 8 dni. Wysypka ta uniemożliwiła mi zupełnie przyjmowanie środków nasennych, bez których znowu w ciągu długich godzin w żaden sposób nie mogłem zasnąć. Jedynym środkiem nasennym, który w niezawodny sposób sprowadzał tak pożądany sen i nie wywoływał żadnych objawów ubocznych, okazał się Evipan. Stosuję Evipan już od dłuższego czasu w dawce po 1 tabletce przed snem i ani razu nie zauważyłem najmniejszych nawet objawów wysypki. Stwierdziłem przytem, że działanie Evipanu, przyjętego w zwykłej ciepłej wodzie, występowało u mnie już po 5 — 7 minutach, natomiast, gdy popijałem go wodą gazową, Evipan działał później i słabiej, a czasem nawet zawodził zupełnie. Wskazane jest następnie przyjmować Evipan dopiero wtedy, gdy się już leży w łóżku. Czytanie gazety w łóżku może ew. opóźnić lub osłabić działanie nasenne preparatu. Następnego ranka budziłem się zawsze wypoczęty i z zupełnie wolną głową. Na podstawie więc własnego doświadczenia mogę kolegom ten preparat gorąco polecić.

Dr. A. Weide, Wildungen.

(Ther. Ber. 1936, Nr. 5).

Trypaflavina przy gorączce połogowej.

Autor stosuje przy gorączce połogowej dożylne wstrzykiwania Trypaflaviny i osiąga bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Poza tym autor wstrzykuje Trypaflavinę również przy innych zakażeniach przebiegających z gorączką jak np. przy zwykłym lub rzeżączkowym zapaleniu najądrza, przy zapaleniu woreczka żółciowego i t.d. Najlepsze stężenie wynosi 0,5% do 1% (20 cm^3), jednakże i wyższe stężenia wynoszące 2% chore znosiły bardzo dobrze. W trzech przypadkach autor wstrzykiwał 1 lub 2 razy po 8 — 10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny (dożylnie) z bardzo pomyślnymi wynikami leczniczymi. Wobec tego, że dawka lecznicza i toksyczna są do siebie bardzo zbliżone i wydzie-

lanie odbywa się powoli, należy zawsze zbadać uprzednio czynność nerek i przede wszystkim wstrzykiwać bardzo wolno. Czasami występują po wstrzyknięciu Trypaflaviny przykre objawy skórne związane z uczuleniem na światło. Objawów tych można uniknąć przez podanie przed wstrzyknięciem zapobiegawczej dawki rezorcyny (0,25 g). Gorzki smak, palenie w ustach i wrażenie skurczu w krtani przemijają bardzo szybko i nie grożą żadnym niebezpieczeństwem.

Dr. R. Springer.

(Gen. Tijdschr. Ned. Ind. 1934, Nr. 23).

Leczenie czkawki.

Przy leczeniu skurczów przepony, przejawiających się pod postacią uporczywej czkawki, stosowano dotychczas następujące środki: bromek potasu, skopolaminę, atropinę, makowiec, morfinę, Luminal i t.d. Działanie wszystkich tych preparatów było jednak niepewne i często nie były one w stanie uśmierzyć czkawki. W poszczególnych przypadkach stosunkowo jeszcze największą ulgę sprowadzała belladonna z kokainą. Autor podaje obecnie nowy prosty sposób skutecznego leczenia czkawki

Znieczulenie powierzchowne błony śluzowej nosa zapomocą 2%-owego roztworu Pantocainy lub 10%-owego roztworu kokainy szybko uśmierza czkawkę. Autor wypróbował swą metodę z wybitnym powodzeniem w 3 przypadkach czkawki, dokuczającej chorym już od dłuższego czasu. Według autora Pantocaina jest tu preparatem odpowiedniejszym niż kokaina.

Klinika laryngologiczna.

Dr. G. Ullrich,

(Med. Welt. 1935, Nr. 18).

KOMUNIKAT.

Dnia 4 i 5 lipca 1937 r. podczas XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie odbędzie się 1-szy Zjazd Neurologów Polskich i Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Jako tematy główne wybrano:

1. Rola układu przedsionkowego w patologii nerwowej — dr. Bau - Prussakowa i dr. Fiszhautówna.
2. Zespoły wielogruczołowe przy schorzeniach przysadkowo-lejkowych — prof. dr Dzierżyński Władysław.
3. Nerwice płciowe u mężczyzn z wyłączeniem psychorodnych — dr Higier Stanisław.

Jest pożądane zgłaszanie referatów w związku z głównymi tematami. Referaty należy zgłaszać pod adresem gospodarza, Prof. dr Rothfelda Jakóba — Lwów, ul. Pijarów 6 — Klinika chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jana Kazimierza.

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.

SPIS RZECZY ZA ROK 1936

(TREŚĆ PRACY)